This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

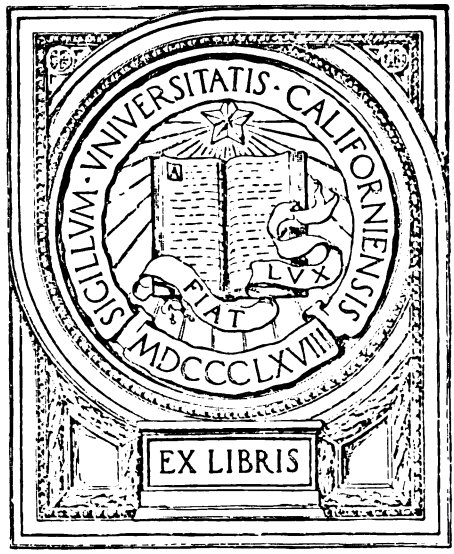
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO



EX LIBRIS

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

MONATSBERICHTE

FÜR UROLOGIE

ÜBER DIE

GESAMTLEISTUNGEN

AUF DEM GEBIETE DER KRANKHEITEN

DES

HARN- UND SEXUAL-APPARATES

HERAUSGEGEBEN

VON

Dr. L. CASPER,
Privatdocent a. d. Universität

Dr. H. LOHNSTEIN,
prakt. Arzt

IN BERLIN.

VIERTER BAND.

BERLIN W. 35.
VERLAG VON OSCAR COBLENTZ.
1899.

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

Haupt-Register des IV. Bandes.

Sach-Register.

A.

Abdominale Diagnostik 247.
Abreißung des Penis 219.
Abscesse der Nieren 690.
Accessorische Nebennieren, Compensationshypertrophie derselben 384, 447.
Acetessigsäure im Harn 470.
Aceton im Harn 651.
Actol 107.
Addison'sche Krankheit: Allgemeines 318; Casuistik 188, 510, 575; ohne Hautpigmentation bei Lungentuberculose 189; in Japan 62; bei Kindern 62; und Melanoplakie der Mundschleimhaut 188; Nebennierensubstanz bei derselben 384, 448; bei einem Neger 383, 447; nach Purpura haemorrhagica 576.
Adenitis nach weichem Schanker 485.
Airol 105.
Albuminurie: der Adolescenten 568; familiaris intermittens 631; Feststellung der 12; bei Pocken 57; keine Contraindication zum Stillen 380.
Albumosurie: Allgemeines 585; enterogene 585; bei Scharlach 81.
Alimentäre Glycosurie 402, 407.
Alloxurbasen des Harns 136.
Alopecia areolaris syphilitica, Fall von 661.
Ammoniak im Harn 652.
Antigonorrhoica, über neuere 86.
Antinosin bei Enuresis 710.
Antipyrin als Ursache von „Verge noire“ 422.
Anurie: Nephrotomie wegen 445, 446, 570; in Folge eines Uretersteines 680.
Appendicitis: und Pyelitis 684; und Wanderniere 569.
Appendix, Operation desselben bei gleichzeitiger Nephrorhaphie 570.
Argentamin bei Leukorrhoe 385.
Argentum nitricum bei Gonorrhoe 86.
Argoninpräparat, neues 85.
Arthritis, gonorrhoische 474.
Aseptischer Katheterismus 232.
Auge, Syphilis desselben 214, 287, 532, 612.
Augenlider, Syphilis der 100, 154, 605.

B.

Bacillus: coli 234; proteus 309; des weichen Schankers 288.
Bacterien: deren Ausscheidung durch die Nieren 250; der weiblichen Harnröhre 423; bei Pyelitis 247.
Bacteriurie 234, 367, 628, 715.
Badekuren und Inunctionskur 354.
Balanoposthitis, Naftalan bei 617.
Bardenheuer'sche Operation der Hypospadie 110.

49220

Bartholinitis 92, 280, 591.
Biliverdin im Harn 14.
Birkenknospen als Diureticum 249, 632, 685.
Blut, dessen Beeinflussung durch Quecksilber 665.
Blutgefäße bei Syphilis 664.
Blutkörperchen bei Hämoglobinurie 504.
Borsäure bei Cystitis 172.
Bottini'sche Operation 163, 165, 228, 424, 490, 669.
Bougie in der Harnblase 370.
Bremer'sche Probe bei Diabetes 715.
Bright'sche Krankheit 688.
Brown-Séquard'sche Paralyse mit Rückenmarksyphilis 158.
Brustdrüse, Schanker der 92.
Bubonen, chir. Beh. der 104, 106.
Bulbo-cavernosus-Reflex 421.

C.

Calomel: bei seborrhoischem Eczem 283; bei syphilitischer Glossitis 286; bei Syphilis 36.
Canthariden bei Hämaturie 181.
Carbolsäure als Eiweißreagens 399.
Carcinom: der Harnblase 561; der Harnröhre 487, 544; der Niere 189; des Penis 486, 542; der Prostata 489.
Castrate, Zeugungsfähigkeit der 225.
Castration: wegen Hodentuberculose 224; deren Einfluß auf die Prostata 228; bei Prostatahypertrophie 360, 362, 545.
Cauvin'sche Pillen als Ursache von hämorrhagischer Nephritis 505.
Cavernitis chronica 421.
Chinin: im Harn 80; bei Malaria-Hämaturie 715.
Chirurgie der Harnwege 201, 649.
Chirurgische Behandlung der Nierenerkrankungen 187.
Chylurie 236.
Circumcision: Erysipel nach ritueller 542; und Heredität 357; nach Rebreyend 293; als Ursache von tuberculosen Erkr. d. Genitalien 220.
Collmann'sche Dilatatoren 25.
Colonbacillus 234.
Coma: diabeticum, Heilung durch Seruminjectionen 340; urämisches 178.
Convulsionen, urämische 178.
Copaivagebrauch, Zucker-Ausscheidung nach 471.
Cornea, Syphilis der 32.
Cornua cutanea penis 541.
Corpora cavernosa: Induration der 290, 667; Priapismus in Folge von Thrombose der 108.
Coryza syphilitica 35.
Curare bei Niereninsufficienz 692.
Cysten der Niere 254.
Cystinsteine: Allgemeines 694; in der Harnblase 676.
Cystitis: Borsäure bei 172; Instillationen bei 170; und Katheter 171; und Pyelitis nach Unfall 47; Pyoktanin bei 46; Salol bei 172; schmerzhafte 171, 298; syphilitische 449; tuberculosa: Cystotomie wegen 496, Jodoform-Vaselinöl bei 171; verursacht durch den Typhus-Bacillus 299.
Cystoskop, neues 243.
Cystoskopie: bei Frauen 10, 726; bei Nieren-Erkrankungen 122; suprapubische 624; der Ureteren 366.
Cystoskopische Diagnose, deren Grenzen bei renalen Pyurien und Hämaturien 637.
Cystotomie wegen tubercul. Cystitis 496.

D.

Darmantisepsis bei Diabetes 84.
Darmobstruction, Nierenveränderungen bei 633.
Darmstenosen, Nierenelemente bei 381.
Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis 533.
Dermatitis herpetiformis nach Jodkaligebrauch 103.
Dermatol bei weichem Schanker 106.
Dermoidcyste des Hodens 222.
Diabetes: Darmantisepsis bei 84; insipidus: bei Schwangeren 19, und Verdauungsapparat 410; mellitus: Bremer'sche Probe 715, diätet. Beh. des 139, Casuistik 270, 271, 336, chir. Complicationen des 138, Dupuytrensches Symptom bei 519, Eiweißentziehung bei 18, Eiweißumsatz und Zuckerausscheidung bei 335, experimenteller 138, u. Fettbildung

aus Kohlehydraten 334, Gangrän bei 204, Heroin bei 144, hydrologische Behandlung des 139, intravenöse Infusion von Natr. bic. bei 19, Kalk- und Magnesiaausscheidung bei 336, im Kindesalter 655, 718, latenter 137, Lehre vom 18, Limonade zur Behandlung des 718, Muskelthätigkeit bei 339, Methylenblaufärbung des Blutes bei 716, Uraniumnitrat bei 144, und Verdauungsapparat 272; renalen Ursprungs 587, 717; syphiliticus 349; neue Therapie des 84.
Diabetiker: Ernährungstherapie der 337; Xanthelasma bei einem 274.
Diabetisches Xanthom 518.
Diagnostik, abdominale 247.
Diagraphie von Nierensteinen 317.
Diät: deren Einfluß auf Ammoniakgehalt des Harns 652; bei Urämie 442.
Diazoreaction: Allgemeines 81, 269; deren Beeinflussung durch Arzneien 653; bei Kindern 652; bei Phthisis pulmonum 712.
Dilatatoren von Kollmann 25.
Diphtherie der Harnröhre 112.
Diphtheriebacillen im Harn 82.
Diureticum: Birkenknospen als 249; Calomel als 249; Harnstoff als 442; Strontiumlactat als 248; Uropherin als 248; Urotropin als 168.
Diuretische Receptformeln 441.
Dupuytren'sches Symptom bei Diabetes mellitus 519.
Dyscrasia syphilitica, Aetiologie der 347.

E.

Echinococcus der Niere 60.
Ectopie der Harnblase 51, 241, 375.
Eczema seborrhoicum, Calomelinjectionen bei 283.
Eichelhypospadie, Behandlung der 668.
Einreibekur 102, 354, 480.
Eiweiß: Bestimmung im Harn 331, 641, 650; Carbolsäure als Reagens für 399; Entziehung bei Diabetes mellitus 18; Harnproben auf 398; Umsatz bei Diabetes mellitus 335.
Electricität bei Nephrolithiasis 570.
Electrolyse bei Harnröhrenstricturen 412.
Elephantiasis des Hodensackes 362.
Endocarditis, gonorrhoische 145, 473.
Endovesicale Photogramme 428.
Endoskopie bei Frauen 10.
Enteritis syphilitica 93.
Enuresis, Behandlung mit Antinosin 710.
Epicystostomie, Nachbehandlung der 498.
Epididymitis: Fall von 166; gonorrhoica, ambulante Behandlung der 598; Guajacol bei 345; suppurativa als Typhuscomplication 113; als primordiales Symptom bei Urininfection 25.
Epiglottis, Syphilis der 525.
Epispadie 111, 293, 722.
Epitheliom des Penis 218, 422.
Erection und Ejaculation bei Erhängten 44.
Ernährungstherapie: des Diabetikers 337; bei Erkrankung der Harnorgane 392.
Erysipel nach ritueller Circumcision 542.
Erythema exsudativum bei Gonorrhoe 589.
Europhen bei weichem Schanker 106.
Eversion der Tunica vaginalis bei Hydrocele 226.
Exantheme bei Gonorrhoe 472.
Exstirpation der Harnblase 240.
Extra- und perigenitaler weicher Schanker 355.
Extragenitale Syphilisinfection 210.
Extrophie der Harnblase, Operation der 119.

F.

Febris haemoglobinurica 633.
Fettbildung aus Kohlehydraten und Diabetes 334.
Fettemulsionen, deren Ausscheidung durch die Nieren 181.
Fibrom der Harnblase 678.
Finger, Schanker der 153, 347.
Fisteln, vesico-intestinale 496.
Florence'sche Reaction 427, 553, 670.
Formelemente in syphilitischen Affectionen 93.
Foudroyante Gangrän der Penis- und Scrotalhaut 41.
Framboesia syphilitica 349.
III. Französischer Urologencongreß 5, 71.

Fremdkörper: in der Harnblase 239, 434, 438, 496, 677; im Penis 219, 220.
Freund'sche Methode der Behandlung der Blasenscheidenfistel 303.

G.

Gährungssaccharometer v. Th. Lohnstein 16.
Gallenfarbstoffe im Harn 332, 468.
Gallensteincolik, Glycosurie bei 19.
Gangrän: bei Diabetes mellitus 204; des Penis und des Scrotums 109.
Gastrische Urämie 121.
Gastroenteritis, Nephritis bei 503.
Gefäßsystem der Niere 564.
Gehirn, Syphilis desselben 155, 663.
Geisteskrankheit, urämische 310.
Gelenkserkrankungen, gonorrhoische 22, 23, 24, 346, 719.
Geschlecht, Fall von schwieriger Bestimmung desselben 12.
Geschlechtsapparat: Anomalie desselben 203; äußerer der Prostituirten 539; Schanker desselben 475; Tuberculose desselben 114.
Geschlechtskrankheiten in der Armee und im Volk 594.
Gesicht: Oedem desselben bei Syphilis der Nasenknochen 97; Syphilis desselben 155.
Gicht, Harnsäureausscheidung bei 584.
Glans penis, congenitales Fehlen der 292.
Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente 513.
Glossitis: Orthoform- und Calomelinjectionen bei tertiär-syphilitischer 286; syphilitica 524; syphilo-carcinomatosa 286.
Glycerin bei Nephrolithiasis 693.
Glycosurie: alimentäre 144, 402, 407; bei Gallensteincolik 19; bei Schwangeren 83, 205, 342.
Gonangiectomie bei Prostatahypertrophie 114.
Gonitis syphilitica 531.
Gonococcus: Biologie des 588; practische Bedeutung der 343; als Ursache von Phlegmone 659; Toxine und Antitoxine des 85.
Gonorol 208.
Gonorrhoe: der Blase 151; Complicationen der 91; Endocarditis ulcerativa bei 473; Erythema exsudativum bei 589; Exantheme bei 472; Hyperästhesie bei 280; bei einem vierjährigen Knaben 411; bei jungen Mädchen 150; des Nervensystems 522; der paraurethralen Gänge 19, 588; Pathologie der 275; und Prostata 588; Pyelonephritis bei 473; und Rückenmark 521, 590; und Schwangerschaft 150; des Uterus 207.
Gonorrhoebehandlung: ätiologische 344; mit Argentum nitricum 86; in acuten Fällen 86; interne 603; nach Janet 89; mit Largin 278, 520; beim Manne 660; im Münchener Garnisonlazareth 1882—1898 595; mit den neueren Mitteln 538; mit Pikrinsäure 209, 595; mit Protargol 21, 86, 209, 344, 413, 592; mit Silberol 276.
Gonorrhoische: Arthritis 22, 23, 24, 345, 346, 474, 719; Endocarditis 145; Epididymitis 598; Infectionen 85, 206; Muskelatrophie 719; Myositis 210; Nervenerkrankungen 474; Phlebitis 92; Rhinitis bei Kindern 280; Urethritis: antiparasitische Behandlung der 596, deren Behandlung nach Juwatschew 88, 659, bei Knaben 147, complicirt mit Spermatorrhoe 146, 577; Vaginitis 346, 474.
Gonorrhoischer Rheumatismus 92.
Granulärniere 379.
Graue Salbe bei Syphilis 611, 614.
Graues Oel bei Syphilis 37.
Grippöse Orchitis 545.
Guajacol bei Epididymitis 345.
Guiteras'sche Canüle bei Sectio alta 704.
Guyon'scher Knopfinstillateur 64.
Gynäkologie, Ureterkatheterismus in der 501.
Gynäkologische Operationen, Harnblasenstörungen nach denselben 371, 726.

H.

Haarnadeln in der weiblichen Harnblase 368, 435.
Hämaturie: Allgemeines 202; durch Canthariden 181; traumatische als Indication zur Nephrectomie 317; bei Schwangerschaft 379; in Folge von Wanderniere 313.

Hämoglobinurie: Blutkörperchen bei 504; paroxysmale in Folge von Syphilis 350.
Hämorrhagie: in die Harnblase 495; als Todesursache bei Syphilis 479.
Hämorrhoiden der Harnblase 242.
Haemolum hydrargyro-jodatum bei Syphilis 667.
Hämospermie 491.
Hand, Schanker der 413.
Harn: Acetessigsäure im 470; Aceton im 651; Albumosen im 585; Alloxurbasen im 136; Ammoniak im 652: Biliverdin im 14; Chinin im 80; Diphtheriebacillen im 82; Eiweißbestimmung im 331, 650; Fäulnisproducte im 712; Gallenfarbstoffe im 332, 468; Giftigkeit desselben 518, 582; grüner 137; Harnstoffbestimmung im 516; bei Icterus gravis 400; Indican im 399; bei Infectionskrankheiten 401; bei Irren 516; Pepsinbestimmung im 517; Retention desselben 711; Schwefel im 467; reducirende Substanzen im 586; Zucker im 15.
Harnapparat: Chirurgie desselben 201, 649; latente Tuberculose desselben 123.
Harnbeschaffenheit, normale bei älteren Kindern 80.
Harnblase: Anastomose zwischen derselben und dem Harnleiter 377; ausdrückbare 554; Ausspülungen der 705; Bougie in der 370; Carcinom der 561; Curettement der 558; Dislocation der 675; doppelte 168; Drainage der 562; dreifache 556; Ectopie der 119, 241, 304, 375; Erkrankung der weiblichen 10; Exstirpation der 240, 372; Faden in der 175; Fremdkörper in der 239, 434, 438, 496; ödematöses Fibrom der 678; tuberculöses Geschwür der 173; Gonorrhoe der 151; Haarnadeln in der weiblichen 368, 435; Hämorrhagie in die 495; Hämorrhoiden der 242; Hernien der 558; deren Lähmung als Ursache von Harnverhaltung 20; Ligaturen in der 677; Lithopädion in der 727; Naht der 563; Neubildung der 628; Papillom der 430; reizbare 367; Resection der 498; Resorptionsfähigkeit der gesunden 297; intraperitoneale Ruptur der 50, 727; Entfernung von 14 Steinen aus derselben 431; Tuberculose der 193, 236, 371; Ulcus simplex perforans der 627; deren Verletzungen bei Operationen 49.
Harnblasenblutung 370, 677.
Harnblasendivertikel 367, 429.
Harnblasendrainage, neue Methode von 373.
Harnblasenfistel in der Schenkelbeuge 48.
Harnblasen-Gebärmutterfistel 174.
Harnblasengeschwülste, operative Behandlung der 372.
Harnblasenkrankheiten, Behandlung der 368.
Harnblasennaht, primäre bei Sectio alta 176, 432, 625.
Harnblasenscheidenfisteln: deren Behandlung nach Freund 303; geheilt durch Sectio alta 623.
Harnblasensteine: Allgemeines 303; Casuistik 560, 623; Cystin- 676; encystirte 676; bei Prostatahypertrophie 623.
Harnblasenstörungen nach gynäkologischen Operationen 371, 727.
Harnblasen-Tuberculose, Tuberculin bei 172.
Harnblasenwunden, neue Naht-Methode für 433.
Harnincontinenz, operativ geheilte 65.
Harncylinder, deren Bedeutung bei Nierenkrankheiten 440.
Harndesinficiens, Urotropin als 300.
Harnfisteln, vesico-cervicale 436.
Harninfection, Epididymitis als primordiales Symptom bei 25.
Harninfiltration: bei einem 15 Monate alten Kinde 560; und Periurethritis 28; deren Verhütung bei Sectio alta 373.
Harninjectionen, Einfluß intravenöser auf die Nervenzelle 178.
Harnkrankheiten: Ernährungs-Therapie bei 392; Harnsegregator bei 501; Salosantal bei 277; Urotropin bei 554.
Harnproben auf Eiweiß 398.
Harnretention: in Folge von Blasenlähmung 20; spontane Heilung derselben bei einem 73jährigen Manne 489.
Harnröhre: Bacteriengehalt der weiblichen 423; Carcinom der 487, 544; Diphtherie der 112; doppelte 168;

Ectropion der 38; Erkrankungen der weiblichen 10; Fistel der 90; künstliche Bildung der 221, 290; Obliteration der 720; Resection der 290; Ruptur der 39, 112, 358, 668; Syphilis der 28; Tamponade der 411; Tuberculose der 113.
Harnröhrencapacität und Tripperspritzen 592.
Harnröhrenstein bei einem 6jährigen Kinde 38.
Harnröhren-Stricturen: Allgemeines 257; Behandlung der 89; Electrolyse bei 412; Excision des verengten Teiles bei 667; Intraurethrotomie bei weiten 601; bei einem 11jährigen Knaben 543; seltene Form von 321; Urethrotomie bei 27, 152.
Harnsäure: deren Ausscheidung: unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen 333, bei Gicht 584; Lösung derselben durch: Mineralwässer 714, Piperidin 13; Physiologie der 332, 467, 714.
Harnsedimente, Conservirung der 401.
Harnsegregator bei Harnkrankheiten 501.
Harnsteine: Aufbau der 175; Ursachen der 117.
Harnstoff: als Diureticum 442; im Harn 516.
Harnwege, Stricturen der 133, 467.
Haut, Syphilis der 531.
Hautkrankheiten und Syphilis 606.
Hayem'sches Serum bei Syphilis 484.
Hemiplegien bei hereditärer Syphilis 101.
Heredität und Circumcision 357.
Hermaphroditismus 11, 331.
Heroin bei Diabetes mellitus 144.
Herpes als Vorläufer des Schankers 281.
Herz, Syphilis desselben 285.
Hoden: Atrophie der 550, 551; Ectopie der 546; Neubildungen der 621; Retention der 671; Tuberculose der 167, 364; überzähliger 44; perineale Verlagerung der 493, 620.
Hodenentzündung als fragliche Ursache der Sterilität 297.
Hodengeschwülste und ihre Metastasen 222.
Hodensack: Dermoidcyste desselben 222; Elephantiasis desselben 362; Gangrän desselben 41, 109; geteilter bei completer Hypospadie 292; Tumor desselben durch Filaria medinensis 45; Ulcus molle am 288.
Hodentuberculose: deren Behandlung 427; als Veranlassung zur Castration 224; bei Kindern 427.
Hohlhand, Syphilis der 32.
Homosexualität als Ursache von 50 Mißehen 398.
Hydrargyrum: bijodosalicylicum bei Syphilis 666; dessen Wirkung auf das Blut 665; colloidale als Antisyphiliticum 214, 215; -Cyanid-Injectionen bei Syphilis 353; intravenös 102; lösliches metallisches 534; per rectum 610; -Säckchen bei Syphilis 612; -Stomatitis 418.
Hydrarthrose, Behandlung der gonorrhoischen 345.
Hydrocele: deren Behandlung nach Winkelmann 546; Eversion der Tunica vaginalis bei 226; 5 Fälle von 227; Radicalbehandlung der 114, 363.
Hypernephromata 703.
Hydronephrose: Casuistik 381, 445; Nephrectomie wegen 509; zwei Präparate von 185; Ureteropyelostomie bei 123.
Hygiene des Syphilitikers 35.
Hyperästhesie bei Gonorrhoe 280.
Hyperostose, syphilitische 478.
Hypoazoturie 13.
Hypospadie: Casuistik 292, 358, 616; Operation nach Bardenheuer 110; perineale 358; mit geteiltem Scrotum 292.
Hyrgol bei Syphilis 160.
Hysterie und Syphilis 101.

I.

Ichthyosis und hereditäre Syphilis 417.
Icterus gravis, Harn bei 400.
Impotentia virilis: Behandlung der 167, 672; als Scheidungsgrund 168.
Incontinentia urinae: in Folge von Scheidenprolaps 174; bei einem Syphilitiker 283; und Tonsillenhypertrophie 428.
Indican im Harn 399.
Infectionen, gonorrhoische 85.
Infectionskrankheiten, Harn bei 401.
Instillationen bei Cystitis 170.
Intraurethrotomie bei weiten Stricturen 474, 601.

Inunctionskur und Badekur 354.
Irre, Harn derselben 516.
Ischurie bei Prostatahypertrophie 294.
Isländisches Moos bei Morbus Brightii 120.
Itrol 107, 289.

J.

Janet'sche Methode der Gonorrhoebehandlung 89.
Jod bei Syphilis 100.
Jodkali, Dermatitis herpetiformis nach Gebrauch von 103.
Jodipin bei Syphilis 538, 666.
Jodkaliumklysmen bei syphilitischen Cephalalgien 613.
Jodoform: bei weichem Schanker 106; Vaselinöl bei tuberculöser Cystitis 117.
Juwatschew'sche Methode der Urethritisbehandlung 659.

K.

Kalkausscheidung bei Diabetes mellitus 336.
Katheter: und Cystitis 171; Desinfection der 319.
Katheterdampfbüchse, neue 646.
Katheterismus: aseptischer 232; der Ureteren 177, 366, 438, 439.
Kehlkopf, Syphilis des 101, 158.
Kinder, Syphilis derselben 155.
Knaben, Steinoperation bei 240.
Knopfinstillateur von Guyon 64.
Kobaltglas bei Syphilisdiagnose 284.

L.

Lactosurie, alimentäre bei Säuglingen 513.
Largin bei Gonorrhoe 278, 520.
Laparo-Nephrectomie wegen Nierentumors 61.
Laparotomie, Ureterenverletzung bei 52.
Leber, Syphilis der 31, 96, 477, 530, 605.
Lepra und Syphilis 663.
Leukorrhoe, Argentamin bei 385.
Leiche als Quelle von Syphilisinfection 93.
Lichenoides Syphilid an einem Tuberculösen 95.
Limonade bei Diabetes 718.
Lippe, Syphilis der 95.
Lithopädion in der Blase 727.
Lithoplaxie, Hilfsmittel bei der 624.
Lithotriptor, neuer 119.
Lohnstein'sches Gährungssaccharometer 16.
Lukasiewicz'sche Methode d. Syphilisbehandlung 537.
Lungentuberculose: bei Addison'scher Krankheit 191; Diazoreaction bei 712.
Lupus, vorgetäuscht durch Syphilis 95.

M.

Magen, Syphilis desselben 352.
Magnesiaausscheidung bei Diabetes mellitus 336.
Malaria-Hämaturie, Chinin bei 715.
Mamma, Syphilis der 282.
Mastdarmgeschwüre, syphilit. 213.
Maydl's Verfahren bei Harnblasenectopie 304.
Melanoplakie der Mundschleimhaut und Addison'sche Krankheit 188.
Melanurie 584.
Meningitis cerebrospinalis syphilitica 100.
Menstruation, deren Einfluß auf Ulcus molle 355.
Mercuriol bei Syphilis 480.
Metastasen der malignen Hoden-Geschwülste 222.
Methylenblau: dessen Ausscheidung durch die Nieren 566; zur Färbung des Diabetikerblutes 716.
Mikroorganismen, deren Ausscheidung durch die Nieren 181.
Mischgeschwülste der Nieren 697.
Mißehen wegen Homosexualität 398.
Morbus Brightii: diätetische Behandlung des 54; isländisches Moos bei 120.
Mundrachenaffectionen bei Syphilis 99.
Muskelatrophie, gonorrhoische 719.
Muskelthätigkeit bei Diabetes mellitus 339.
Muskelsyphilis, secundäre 525.
Myositis, gonorrhoische 210.

N.

Naftalan: Allgemeines 203, 719; bei Balanoposthitis 617.
Nase, Syphilis der 29, 97.
Nasenscheidewand, Schanker der 93.
Natrium: bicarbonicum intravenös bei Diabetes mellitus 19; sozojodolicum bei weichem Schanker 106.
Nebennieren: Agens der 254; Compensationshypertrophie der accessorischen 384, 447; Functionsstörung der 701; Syphilis der 702; Tuberculose der 702; primäre maligne Tumoren der 639; Wirkung der Entfernung derselben 446.
Nebennierenextract, Versuche mit 254.
Nebennierensubstanz bei Addisonscher Krankheit 384, 488.
Neger, Addison'sche Krankheit bei einem 383.
Nephrectomie: abdominale wegen Nierensteins 694; und Chirurgie der Ureteren 177; Fall von vor sieben Jahren ausgeführter 697; wegen traumatischer Hämaturie 317; wegen Hydronephrose 509.
Nephritis: acuta bei acuten Krankheiten 689; Behandlung der 567; Birkenknospen bei 632; bei Gastroenteritis 503; haemorrhagica, verursacht durch Cauvin'sche Pillen 505; Nierensubstanz bei 632; Oedem bei 53; Parenchymspaltung bei 635.
Nephrolithiasis: Electricität bei 570; Glycerin bei 693; Röntgenphotographie bei 183, 184, 508.
Nephropexie: Dauererfolge nach 506; wegen Wanderniere 251, 695.
Nephrotomie: Allgemeines 124, 313; wegen Anurie 445, 446, 571; wegen Nierensteinen 251; bei Pyelo-Nephritis suppurativa 443; mit totaler Exstirpation des rechten Ureters 509.
Nephrorhaphie und gleichzeitige Entleerung des Wurmfortsatzes 570.
Nervensystem, Gonorrhoe desselben 474, 522.
Nervenzelle, deren Beeinflussung durch intravenöse Harninjectionen 178.
Nervenresectionen bei Neuralgia spermatica 364.
Neuralgia spermatica, Nervenresectionen bei 364.
Neurasthénie urinaire 172.
Neuropsychosen, alimentäre Glycosurie bei 144.
Niere: bewegliche 59, 121, 383, 444; Carcinom der 187; Cysten der 254, 309, 691; Dystopie der 443; deren Durchgängigkeit für Bacterien 250; Echinococcus der 60; einzige mit zwei Ureteren 440; Exstirpation der 509, 571; Gefäßsystem der 564; Ausscheidung von Methylenblau durch dieselben 566; Ausscheidung von Mikroorganismen und Fettemulsionen durch die 181; seltene Mißbildung der 163; Misch-Geschwülste der 697; subcutane Ruptur der 383, 444; Sarcom der 253; senile 178; Syphilis der 29; Tuberculose der 120, 253, 311, 638; Verletzungen der 573.
Nierenabscesse, pyämisch-metastatische 690.
Nierenbecken, Zottengeschwulst im 499.
Nierenblutung, essentielle 182.
Nierendiabetes 587, 717.
Nierenelemente bei Darmstenosen und Peritonitis 380.
Nierenexstirpation mit liegengelassenen Pincetten 638.
Nierenfixation wegen Wanderniere 312, 313.
Nierenfunction, Wiederherstell. d. 250.
Nierengegend, Contusion der als Ursache von Ureterruptur 439.
Nierengeschwülste 61, 252.
Niereninsufficienz: deren Behandlung 310; Curare bei 692; Diagnose der 311; Experimentelles über 634.
Nierenkrankheiten; Birkenknospen b. 685; Behandlung chronischer 502, 686; chirurgische Behandlung bei 185; Cystoscopie bei 122; Diagnostik chirurgischer 1; und Geisteskrankheit 310; diagnostische Bedeutung d. Harncylinder bei 440; Schwangerschaftsunterbrechung bei 567.
Nierenmangel ohne sonstige Mißbildungen 631.
Nierensteine: Allgemeines 252; Diagraphie der 317, 695; bei Kindern 637; Nephrotomie wegen 251, 694; Röntgenphotographie bei denselben 129, 381, 695.
Nierensubstanz bei Nephritis 632.
Nierenveränderungen bei einfacher Darmobstruction 633.

O.

Oedem bei Nephritis 53.
Offenbacher Kaiser Friedrich-Quelle 118.
Ohr, Syphilis desselben 99.
Orchidectomie bei Prostata-Hypertrophie 114, 297.
Orchitis, grippöse 545.
Orthoform bei syphil. Glossitis 286.
Osteitis, syphilitische 348.

P.

Palatum durum, hereditäre Syphilis desselben 605.
Pancreaserkrankungen bei hereditärer Syphilis 159.
Papillome: des Ureters 509; als Ursache von Harnblasen-Blutungen 677; vesicae 430.
Paraphimosis 11?.
Paraurethrale Gänge, Gonorrhoe der 19, 588.
Parenchymspaltung bei Nephritis 635.
Paronychie, syphilitische 94.
Penis: Abreißung des 219; Carcinom des 486, 542; Cornua cutanea am 541; Epitheliom des 218, 422; Fremdkörper im 219, 220; Gangrän des 41, 109; dessen Krankheiten bei Neugeborenen 40; Plaque indurée am 540; Sarcom des 356; Tuberculose des 357; Veränderungen im Greisenalter 40; Verdoppelung des 485.
Pentosen, Reaction auf 587.
Pepsinbestimmung im Harn 517.
Peptonurie 712.
Pericystitis im Puerperium 494.
Periostitis, syphilitische 348.
Perirenale Eiterung aus pyämisch-metastat. Nierenabscessen 690.
Peritonitis, Nierenelemente bei 380.
Periurethritis und Harninfiltration 28.
Phenylhydrazinprobe 401.
Phimosis, deren Behandlung b. Knaben 291.
Phlebolithen des Samenstranges 44.
Phlebitis: gonorrhoische 92; syphilitische 98, 282.
Phlegmasie nach weichem Schanker 485.
Phlegmone, verursacht durch Gonokokken 659.
Phloridzindiabetes 310.
Phosphaturie, Behandlung der 654.
Photogramme, endovesicale 428.
Picrinsäure: als Reagens zu Chininnachweis 80; bei Gonorrhoe 209, 595.
Pigmentsyphilis 604.
Piperidin als Lösungsmittel für Harnsäure 13.
Plaque indurée am Penis 540.
Playfair'sche Sonde, Modification der 345.
Pocken, Albuminurie bei 57.
Pollutionen, Behandlung der 42.
Polycystische Degeneration d. Nieren 691.
Polyurie, nervöse bei e. Knaben 270.
Pott'sche Krankheit, syphilitische 284.
Präputium: Lithiasis desselben 721; Sclerose des 293.
Priapismus: in Folge von Thrombose der Corpora cavernosa 108; Vaseline gegen 22.
Prochorow'sche Methode der Syphilisbehandlung 417.
Progressive Paralyse und Syphilis 99, 155.
Prostata: Carcinom der 489; deren Beeinflussung durch Castration 228; Contouren und Consistenz der 488; deren Faradisirung bei Schlafpollutionen, Spermatorrhoe etc. 229; und Gonorrhoe 588; perineale Excision der hypertrophirten 619; Pathologie und Therapie 722; Steine der 231, 293.
Prostata-Hypertrophie: Harnblasenstein bei 623; Ischurie bei 294; Pathologie der 115.
Prostata-Hypertrophie-Behandlung: Allgemeines 116, 726; nach Bottini 163, 165, 228, 424; mittelst Castration 360, 362; mittelst Gonangiectomie 114; mittelst Orchidectomie 114; radicale 545; mittelst Resection des Vas deferens 295, 361, 362.
Prostatorrhoea, Prostatasubstanz bei 166.
Prostatasubstanz bei Prostatorrhoea 166.
Prostatectomie, suprapubische 296.
Prostatiker: acute Harnretention bei einem 294; Heilung schwerer Krankheitssymptome bei denselben 294; Vesico-Umbilicalfisteln b. denselben 622.

Prostituirte, Veränderungen der äußeren Genitalien bei denselben 539.
Prostitution: staatliche Ueberwachung der 707; und Ulcus venereum 615.
Protargol bei Gonorrhoe 21, 86, 209, 344, 413, 592.
Pseudohermaphroditismus: Casuistik 11, 12, 268; masculinus 79, 132.
Pseudoparalysis syphilitica b. Kindern 99.
Pseudorheumatismus syphiliticus 97.
Psoriasis und Syphilis 414.
Puerperium, Pericystitis im 494.
Pupillarreflex, dessen Fehlen bei Syphilis 610.
Purpura haemorrhagica, Addison'sche nach Krankheit 576.
Pyelitis: bei Appendicitis chronica 684; Bacteriologie der 247; bei Schwangeren 630; Urotropin bei 684.
Pyelonephritis: bei Gonorrhoe 473; Nephrotomie bei suppurativer 443; bei einem Neugeborenen 442; der Schwangeren 58.
Pyoktanin bei Cystitis 46.
Pyurie, Urotropin bei 117.

R.

Rachen- und Kehlkopfaffectionen bei Syphilis 94, 662, 720.
Radfahren, nachteilige Wirkung desselben bei Frauen 289.
Rebreyend'sche Methode der Circumcision 293.
Receptformeln, diuretische 441.
Renale Hämaturien 128.
Rheumatismus, gonorrhoischer 92.
Rhinitis gonorrhoica bei Kindern 280.
Röntgen-Photographie bei Nierensteinen 123, 183, 187, 381, 508, 695.
Roseole, syphilitische 476.
Rückenmark: und Gonorrhoe 521, 590; Syphilis desselben 158, 663.
Rumpf, Syphilis am 477.

S.

Salbenspritze, neue 448.
Salicylsulfosäure als Eiweißreagens 641.
Salmiakgeist zum Nachweis von Biliverdin 14.
Salol bei Cystitis 172.
Salosantal bei Harnkrankheiten 277.
Salzwasserklystiere, Verwertung der 56.
Samen, Feststellung nach Florence 553, 670.
Samenentleerung, Störungen der 493.
Samenergüsse, abnorme 167.
Samenfluß bei gonorrhoischer Urethritis 146.
Samenstrang: Phlebolithen im 44; Torsion desselben 551.
Sanatogen bei Syphilis 611.
Sarcom: der Niere 253; des Penis 356.
Säuglinge, alimentäre Lactosurie bei denselben 519.
Scharlach, Albumosurie bei 81.
Scheidenprolaps als Ursache von Incontinentia urinae 174.
Schenkelbeuge, Harnblasenfistel in der 48.
Schilddrüse, Syphilis der 415.
Schlafpollutionen, Faradisirung der Prostata bei 229.
Schleimhautcarcinom u. Syphilis 284.
Schluckbeschwerden als Symptom von Syphilis 98.
Schutzreaction des Organismus 308.
Schwangerschaft: Glycosurie bei 83, 205, 342; und Gonorrhoe 150; Giftigkeit des Harns bei 518; Hämaturie bei 379; deren Unterbrechung bei Nierenkrankheiten 567; Pyelitis bei 630; und Syphilis 212.
Schwefel im Harn 467.
Schwefelwannenbäder bei Syphilis 217, 665.
Seborrhoisches Eczem, Calomel-Injectionen bei 283.
Sectio alta: neue Methode der Blasendrainage bei 373; Guitéras'sche Canüle bei 704; Harnblasenscheidenfistel, geheilt durch 623; ohne Narcose 239; primäre Blasennaht bei 176, 432, 625.
Sectio hypogastrica nach Suarez de Mendoza 129.
Selbstcastration 225.
Selbstkatheterisiren, Vorschriften zum 621.
Seruminjectionen: beim diabetischen Coma 340; bei Syphilis 38.
Silberol bei Gonorrhoe 276.
Singultus vesicalen Ursprungs 52.
Smegmabacillus 112, 617.
Speiseröhre, Syphilis der 98.

Spermatorrhoe: Faradisirung der Prostata bei 229; als Complication einer gonorrhoischen Urethritis 577.
Steinkrankheit: 630 Fälle von 625; bei Knaben 119, 240; des Präputiums 721; Urethroskopie bei 163; deren Verhütung 58.
Stillen der albuminurischen Frauen 380.
Stomatitis, mercurielle 418.
Strontiumlactat als Diureticum 248.
Suarez de Mendoza'sches Verfahren der Sectio hypogastrica 129.
Sublimatinjectionen bei Syphilis 37, 215.
Suspensorien, Ersatz der 63.
Symphysenspalt ohne Ectopia vesicae 428.
Symphyseotomie, Harnröhrenruptur nach 358.
Syndrome urinaire neurasthénique 343.
Syphilid: Aetiologie 347; lichenoides an einem Tuberculösen 95; ulceröses 476.
Syphilis: Alopecie bei 661; der Augenlider 100, 154, 287, 605; der Cornea 32; cutanea vegetans 531; und Alkohol als Degenerationsursachen 479; Differentialdiagnose der 478; der Epiglottis 525; nicht erkannte 31; galoppans 607, 661; des Gehirns 663; des Gesichts 155; gummosa 609; Gefäßveränderungen bei 664; Hämorrhagie als Todesursache bei 479; der Harnröhre 28; und Hautkrankheiten 606; Heilbarkeit der 528; des Herzens 285; der Hohlhand 32; und Hysterie 101; extragenitale Infection 210, 474; interessante Fälle von 347; des Kehlkopfes 101; bei Kindern 155; Kobaltglas bei Diagnose der 284; der Leber 31, 96, 477, 530, 605; und Lepra 663; der Lippe 95; unter dem Bilde von Lupus 95; des Magens 352; maligna 282, 283, 605; der Mamma 282; Mund-Rachen-Affectionen bei 99; secundäre d. Muskeln 525; der Nase 29, 97; der Nebennieren 702; der Niere 29; des Ohres 99; Präcision der 523; Pott'sche Krankheit in Folge der 284; und progressive Paralyse 99; deren Prophylaxis ab ovo 101; und Psoriasis 414; Mangel des Pupillarreflexes bei 610; des Rachens 94, 662, 720; des Rückenmarks 158, 663; des Rumpfes 477; Sanatogen bei 611; der Schilddrüse 415; und Schleimhautcarcinom 284; Schluckbeschwerden als Symptom von 98; der Speiseröhre 98; und Schwangerschaft 212; schwere 100; in Folge Tätowirens 28; der Trachea 34; und Tuberculose als Mischinfection 97; Unterscheidung der cerebralen von progressiver Paralyse 155; der Ureteren 478; als Ursache von Hämoglobinurie 350; deren event. Verheimlichung vom Patienten 162; der Zähne 663; der Zunge 29, 155, 603.
Syphilis hereditaria: Allgemeines 287, 479, 605, 613, 721; des Auges 214, 532; als Dementia paralytica 533; des harten Gaumens 605; geheilt durch graue Salbe 614; Hemiplegien bei 101; und Ichthyosis 417; des Kehlkopfes 158; Pancreaserkrankungen bei 159; Reinfection bei 417; Säuglingsernährung bei 614; der Sterno-cleido-mastoidei 35; tarda 351, 533; Varicocele bei 285.
Syphilis tertiaris: Allgemeines 478; frühzeitige 415; späte 30; schwere 96.
Syphilisbehandlung: Allgemeines 481, 483, 484; mit Calomeleinreibungen 36; mit grauem Oel 37; mit grauer Salbe 161, 611; mit Haemolum hydrargyro-jodatum 667; mit Hayem-schem Serum 484; mit Hydrargyrum bijodosalicylicum 666; mit Hydrargyrum colloidale bei 214, 215; mit Hyrgol 160; mit Jod 100; mit Jodipin 538, 666; nach Lukasiewicz 537; mit Mercuriol bei 480; nach Prochorow 417; mit Quecksilbercyanidinjectionen 353; mit Quecksilber intravenös 102; mit Quecksilbersäckchen 612; mit rectaler Quecksilberapplication 610; mit Schwefelwannenbädern 217, 665; mit Serum 38; mit Sublimatinjectionen 37, 215.
Syphilisgift, Fall von langer Haltbarkeit desselben 34.
Syphilisinfection: von der Leiche 93; Statistik der extragenitalen 153.
Syphilisproducte, Contagiosität der 211.
Syphilitiker: Harn-Incontinenz bei einem 283; Hygiene derselben 35;

Manie bei einem 720; Operationen bei 103.
Syphilitische: Affectionen, Form-Elemente in denselben 93; Augen-Erkrankungen 612; Cephalalgien, Jodkalium bei 613; Coryza 35; Cystitis 449; Dyscrasie, Aetiologie der 347; Enteritis 93; Framboesie 349; Glossitis 286, 524; Gonitis 531: Hyperostose 478; Infection, Grenzen derselben 604; Mastdarmgeschwüre 213; Meningitis cerebrospinalis 100; Paronychie 94; Periostitis u. Osteitis 348; Phlebitis 98, 282; Pseudoparalysis bei Kindern 99; Reinfection 211; Roseole 476; Tarsitis 414.
Syphilitischer: Diabetes 349; Pseudorheumatismus 97.

T.

Tannoform in der Dermatotherapie 42.
Tarsitis syphilitica 414.
Tätowiren, Syphilisübertragung bei 28.
Thymusdrüse, deren Erkrankung bei hereditärer Syphilis 287.
Tonsillen-Hypertrophie und Harnincontinenz 428.
Toxine und Antitoxine des Gonococcus 85.
Trachea, Syphilis der 34.
Trippersprítzen und Harnröhrencapacität 592.
Tuberculin bei Tuberculose der Harnblase 172.
Tuberculose: des Genital-Apparates 114; der Genitalien in Folge ritueller Circumcision 220; latente des Harnapparates 123; der Harnblase 113, 117, 173, 193, 236, 371; der Hoden 167, 364, 427; der Nebennieren 702; der Nieren 120, 253, 368; des Penis 357; und Syphilis als Mischinfection 97; des Urogenitalapparates 267.
Tuberkelbacillen, Färbung der 334.
Tunica vaginalis: chron. Entzündung der 226; deren Eversion bei Hydrocele 226.
Typhus, complicirt durch eitrige Epididymitis 113.
Typhusbacillus als Ursache von Cystitis 299.
Tyson'sche Drüsen 542.

U.

Ulcus: durum: der Brustdrüse 92, auf den Geschlechtsteilen 475, der Hand 413, Herpes als Vorläufer desselben 281, des Mittelfingers 153. der Nasenscheidewand 93; molle: Adenitis nach 485, Bacillen desselben 104, 288, Behandlung des 106, Bubonen-Incision bei 106, extragenitales 485, extra- und perigenitales 355, der Finger 347, des Hodensacks 288, Infectiosität desselben 289, dessen Beeinflussung durch die Menstruation 355, Phlegmasie nach 485, Vaporisation bei 420, venereum 356, 615, der Wade 288.
Ulcus simplex perforans vesicae 627.
Ung. hydrarg. cin. bei Syphilis 161.
Urämie: Coma bei 178; Convulsionen bei 178; Diät bei 442; gastrische 121.
Urachusfistel 232.
Uraniumnitrat bei Diabetes mellitus 144.
Ureter bezw. Ureteren: Anastomose desselben 305, 377, 439; Chirurgie der 177, 245, 306; doppelter 120, 440; totale Exstirpation desselben 307; Implantation der 51, 307, 628. 629; Katheterisation der 177, 243, 366, 438, 439, 501, 678, 726; Papillome desselben 509; dessen Ruptur in Folge von Contusion der Nierengegend 439; Syphilis der 478; Verletzungen derselben 52, 244, 376; Zottengeschwulst im 499.
Uretercervicalfisteln, Neueinpflanzung des Ureters in die Blase bei 629.
Ureterfisteln, Operation der 376.
Uretero-Cysto-Neostomie 564, 681.
Ureteropyelostomie bei Hydro-Nephrose 123.
Ureterstein: als Ursache von Anurie 680; eingeklemmter 376.
Urethrale und intravesicale Irrigationen 24.
Urethralfistel, geheilte 27.
Urethralsonde, neue electrische 190.
Urethritis gonorrhoica: antiparasitische Behandlung der 152, 596; deren Beh. nach Juwatschew 88, 659; bei einem fünf Monate alten Kinde 520; bei Knaben 147; Spermatorrhoe als Complication bei 146, 577.

Urethroskopie bei Steinkrankheit 163.
Urethrotomien 25, 26, 152, 281, 359.
Urobilin 204.
Urogenitalsystem: Mißbildung desselben 202; Tuberculose desselben 267.
Urologencongreß, III. französischer 5, 71.
Urologische: Chirurgie 267; Instrumente, Gleitmittel zu deren Einführung 513.
Uropherin als Diureticum 248.
Urotropin: als Diureticum 168, 554; als Harndesinficiens 300; b. Pyelitis 684; bei Pyurie 117.
Uterus, Gonorrhoe des 207.
Utriculus prostaticus, Cystenbildung aus dem 362.

V.

Vagina, Verletzung der 436.
Vaginitis, gonorrhoische 346, 474.
Vaporisation bei Ulcus molle 420.
Varicocele hereditär-syphilitischen Ursprungs 285.
Vas deferens, dessen Resection bei Prostatahypertrophie 295, 361, 362, 545.
Vaseline gegen Priapismus 22.
Venerische: Catarrhe bei Frauenzimmern 20; Erkrankungen: in Kiel 132, Bekämpfung 710.
Verdauungsapparat: und Diabetes insipidus 410; und Diabetes mellitus 272.
Verdoppelung des Penis 485.
Verengerungen der Harnwege 464.
„Verge noire", verursacht durch Antipyrin 422.

W.

Wade, Ulcus molle an der 288.
Wanderniere: und Appendicitis 569; schwere Formen der 382; als Ursache von Hämaturie 313; Nephropexie wegen 251, 312, 313, 695; Therapie der 696.
Williamson'sche Reaction 14.
Winkelmann'sche Methode der Hydrocelenbehandlung 546.

X.

Xanthelasma bei einem Diabetiker 274.
Xanthom, diabetisches 518.
Xeroform bei weichem Schanker 106, 107.

Z.

Zähne, deren Veränderung bei Syphilis 663.
Zeugungsfähigkeit der Castrate 225.
Zottengeschwulst im Ureter und Nierenbecken 499.
Zucker im Harn 15.
Zuckerausscheidung: nach Copaivagebrauch 471; bei Diabetes mellitus 335.
Zunge, Syphilis der 29, 155, 609.

Namen-Register.

* bedeutet nur citirten Autor. Die Zahlen deuten die Seiten an.

Abbe 695.
Abel 254.
Abramow 664.
Achard 310.
D'Acheux 92.
Adami 477.
Adler 285.
Ahman 480, *481.
Akazatow 417.
Alapy 119.
Albarran 5, 7, 8, *69, 73, 77, 124, *177, 298, 307, *313, 315, 509, *679, *680.
*Alberti 194.
Albu 339.
v. Aldor 585.
Alessandri 250.
Alexander 218, 293.
Almkvist 659.
Alpers 15.
Alsberg 123.
Amann 629.
Amyt 710.
Anderson 189.
*Andreal 451.
*Andres 472.
Angyan 605.
D'Antona 252.
Antonelli 209.
*Anuschat 611.
Aristoff 352.
Arnaud 57.
Arndt 144.
Arnold 470.
Arslan 158.
Asknasi 360.
Assendelft 625.
Atkinson 292.
Aubry 722.
Audry 281.
*Auerbach 147, 580.
Augagneur 242, 484.
Auld 728.
*Aunandale 116.
Ausset 270.
Austerlitz 423.
Ayres 190.

Babinski 610.
Badt 584.
Baduel 14.
*Baginsky 655.
Bain 714.
Balacesko 433.
Balduzzi 443.
Baldwin 307.
*Ballet 472.
Balvay 340.
Balzer 524, *591, *614.
Bandler 539.
Bangs 484.
Bar 309, 479, 728.
Barbe 351.
*Bardenheuer 111, 372. 668, 669.
Barlow 82.
Barrault 101.
*Barrié 590.
Barthélemy 351, *352, 476, *525, 604, *607, *609, 614.
*Bartholomew 642.
*Bassini 559.
Bataschow 49.
Battle 356.
Baudet 619.
Baumgarten 163.
Bayer 631.
Bazy 117, *314, 382, 427, 695.
*Beilstein 641.
Beljaminow 240, 281.
Bell 594.
Bellet 28.
Bellin 12.
Bender 86.
Bennati 282.
Bérard 498.
Bereskin 361.
*Berg 473.
Berger 364.
Bergh 20.
*Bertram 706.
*Besançon 548.

Bessonow 106.
Bettmann *442, 471.
Betz 14.
Beurmann 523, 524, *604, 609.
Beurnier 224.
Beuttner 448.
*Beven 181, 182.
Beryl 80.
Bilhaut 219.
*Billroth 562.
*Birch-Hirschfeld 699, 703.
Birstein 432.
Bjelogolowy 145.
Blanck 193.
Blary 100.
Bleisch 542.
Bloch 178, 474.
Blomquist 480.
Blumenau 684.
Blumenfeld 52.
Blumenthal 587, 712.
Boeckel 9.
Bogoras 655.
Boije 168.
Boissel 99.
Boix 518.
Bonanni 400.
Bond 144.
Bondarenko 665.
Borbély 117, 175, 177, 491.
Bornhaupt 558.
Borowski 211.
*Bottini 116, 164, 294, 490, 623, 669, 711.
Bosse 544.
*Bouchard 518.
*Bourtillier 198.
Bousquet 75.
Bovero 34.
Brandl 413.
Braquehaye 210, 287.
Brault 283.
*Bremer 715.
Brès 24.
Breuer 110.
Brewer 117.
Briat 476.
*Brieger 694.
*Bright 688.
Brindeau 309, 728.
Brischke 472.
*Bristowe 490.
Broca *284, 445.
Brocard 83.
*Brocq 288.
Bronowski 248.
Brown 112.
Browne 431.
Bruckmayer 96, 414, 605.
Brulant 112.
Brun 676.
*Brunner 559.
Buck 172.
Budin 380.
Budugow 209.
Bulkley 310.
Bulté 92.
Burghart 270, 653, 666.
*Burow 538.
Bychowski 11.

*Cahours 642.
*Calasanti 400.
Cammidge 398.
Carlier 7, 9, 25.
Carr 675.
Casacca 35.
*Casper 69, 115, 177, 196, 300, 311, 501, 554, 595, 679, 680.
Castaigne 120.
Castellani 14.
Cathelin 120, 123.
*Cavazzani 294.
*Chalot 306.
Chandeluse 498.
Charpentier 610.
*Charrière 556.
Chauffard 120, 627.
Chavanne 380.
Chavasse 375.
*Chéron 595.
Chetwood 24.
Chevalier 73, 75, 649.
Cheyne 313, 444.
*Chibret 316.
Chismore 119.
*Chwostek 350.
Chopping 353.
Chraznowska 613.
Christomanos 80, *85, 504.
Cipriani 386.
*Civiale 129.
Clado 75.
Clarke 676.
Clemens 269.
Clerc 99.
Clerc-Dandry 558.
*Clutton 287.
Coates 429.
Coche 20.
Cochrane 667.
Cohn 551.
*Cohnheim 548, 699.
Collard 30.
Collier 48.
*Collin 572.
Colombini 206, 280, *472, 591.
Colqhoun 399.
Comby 59, 687, 718.
*Commidge 642, 643, 644, 645.
*Cooper 65.
Coplin 236, 237.
Cornillon 349.
Cottet 7, 74.
Credé 534.
Creutz 99.
Crespi 294.
Crick 678.
Crosse 633.
Csillag 485, 615.
*Czerny 186.
Czylharz 566.

Dahl 561.
Damas 345.
Danlos 103, 282, 286, 477.
*Darier 288.
Dawbarn 479.
Deanesly 667.
Debersaques 182.
*Deen 553.
Delagénière 203.
Delbet 123, *316.
Delherm 523, 524, 609.
Delore 297, 622.
Demons 182.
Dentu 227, 307, *313, 509.
Derenberg 550.
Desnos 8, 74, 78, 595, 727.
Destounis 24.
Deutsch 257, 321.
*Devic 643.
Dezirot 62.
*Diday 595.
*Dissard 235.
*Dittel 51, 257, 258, 325, 326, 328, 562, 595, 705.
Djatschenko 685.
Doebbelin 680.

Dominici 93.
Donath 364, 566.
O'Donavan 720.
Dorset 334.
*Doyen 315.
*Dreyer 484.
Druelle 283.
Dsirne 176.
Duchoureau 139.
*Ducrey 616.
Duncan 174.
Duplay 496.
Durand 560.
Durante 35.
Dworetzki 107.

*Ebermann 66.
*Ebstein 635, 714.
*Eberth 699.
Eccles 495.
Echtermeyer 290.
*Edebohls 569.
Ehrendorfer 544.
*Ehrlich 652, 653, 712.
Ehrmann 42, 357, 554, 646.
*Eichner 716.
*Einhorn 16, 17.
Einis 356.
Elliot 688.
Eltz 56.
Ely 22.
Emery 31, 518.
v. Engel 380, *633, *642.
Englisch 133, *380, 464, *559.
*Engstroem 66.
Esau 225.
Escat 7, 8, 28, 39, 72.
*Escherich 248.
Esprit 45.
*Essbach 506, 517, 568, 576, 644.
Etienne 478.
Eudlitz 533.
Extor 75.

Fabozzi 446.
Fabricius 185.
Faivre 414.
Falk 160.
*Farkas 647.
Fedorow 252, 638.
*Feleki 596.
Félizet 427.
Fenwick 488, *627.
Fenyvessy 254.
Ferenczi 616.
*Fey 574.
*Finger 528, 580, 593, 662.
*Finotti 548.
*Fischer 136, 335.
Fittipaldi 401.
Fletcher 137.
*Florence 553, 670, 671.
Foges 304.
*Follin 452.
Follet 274.
Forgue 75.
Fournier 35, *158, 282, 284, 286, 288, 411, 417, 422, *476, 479, *481, *525, 525, *528, 607, *607, *614.
Fox 478.
*Franco 129.
Frank 51, *66, 443.
Frankenthal 151.
*Frankl-Hochwart 555.
*Frese 539.
*Freudenberg 229, 425.
Freudenstein 688.
Freund 516, *623.
Freyberg 428.
Freyer 376.
Friedjung 253.
Friedlaender 63.
*Friedrich 442.
Frisch 163, *229, 722.
*Frohmann 419.
Frolow 666.
Fromageot 32.
*Frommer 689.
Fuchs 247.
Fuller 296.
*Fürbringer 577.
Fürst 278.
Füth 430.

Gachon 85.
Gagnière 37.
Golachowski 701.
Galezowski 287, 612.
Galliard 485.
Gangolphe 496.
Garbarini 621.
Garmaschew 344.
Garrat 12.
*Garrod 333, 584.
Gaston 609.
*Gaucher 609.
Gauchery 524.
Ganjon 367.
Gautier 101.
*Gawronsky 423.
Genouville 8, 77.
*Genth 397.
Gerhardt 31, 336.
*Gerson 63.
*Gersuny 66, 68, 70.
Gertler 40
De Gèry 294.
Giordano 621.
Giovannini 289.
Glück 155, *215, *217.
Goff 181, *715.
Goldberg 267, 370, 588, 621, 627.
Goldmann 438.
*Goldschmidt 490.
Goldzieher 214.
Golyschewski 568.
Gottheil 348.
*Gottlieb 651.
Götz 44.
Graefe 480.
Graham 46.
*Gram 248, 578.
Mc Grath 371.
Gravier 174.
*Grawitz 708.
Greenberg 474.
Gregor 586.
Gregory 112.
Grigoriew 553.
Griwzow 106, 449.
de Groot 652.
Grosglik 415.
*Grosz 519.
*Grube 273.
Gruder 154.
Grünepert 106.
Grünfeld 421, *521.
Guélon 310.
Guépin 489.
Guisy 76.
Guillon 595.
Guiteras 90, 669, 704, 711.
*Günther 338.
Gussenbauer 204.
Guvara 433.
Guyon *6, 124, 171, *201, *203, *229, 267, 293, 313, *514, *595, *596, *649.

*Haan 284.
v. Hacker 232, *668, *669.
Hadra 569.
*Haertel 23.
Hahn 277, *508, 623.
Haidoutoff 86.
Hallé 5, *235, *387.
Hallopeau 414, 476, 518, 710.
Hamonic 8.
Hanszel 34.
Harbitz 703.
Harnack 467.
Harris 175, 501.
Harrison 89, 116, 152, 370.
Hartmann 132.
*Hartwig 715.
Hartzell 100.
*Hauner 655.
*Haushalter 590.
*Hayem 590.
Hazlett 58.
*Heath 65.
*Heddaeus 554.
*Hedon 138.
*Heine 655.
*Heller 351, 568, 711.
Henkel 115.
Henle *548, 623, *624.
Hennebert 99.
Henoch 696.
Herczel 312, 638.
Héresco 75, 283, 294.
Herman 381.
Hermann 693.
Herring 677.
Herringham 582.
Herz 272, 410.
Heubner 168.
Heuzard 98.
*Heynemann 603.
Hildes 215.
Hirschfeld 178.
*Hirschmann 195, 197.
Hochsinger 202.
Hochstätter 718.
Hodara 25.
Hofbauer 205.
*Hofmeister 642.
Hogge 7.
Hohlbeck 573.
*Höhnel 160.
*Home 590.
Hopf 215.
*Horbaczewski 467.
Horváth 19.
Horwitz 236, *237, 300.
Houston 299.
Huber 210, 605.
Huchard 567.
Hue 727.
Hughes 421.
Hugo 543.
Huldschiner 319, 367.
Hültl 364, 415.
Hutschinson 422, *528, *606, *663.
*Hybord 65.
*Hyrtl 565.

Imbert 303, 367, *680.
Immerwol 147.
Inguianni 221.
Ippoliti 401.
Irsai 720.
Israel 244, 245, 246, 635, 681.
Iwanow 91, 625.

Jablonski 11.
Jacobi 358.
Jackson 93.
Jacobs 158.
*Jadassohn 588.
Jaeggle 661.
*v. Jaksch 584, 642, 643.
Jalabert 92.
Janet 6, 72, 294, *593, *594, *595, *598, *661.
*Janowsky 537.
Janson 478.
Jaquet 280.
Jellineck 85.
Jermakoff 667.
*Jez 270.
Jolles 468.
Johnson 114.
Jonnesco 9.
Jordan 94, 690.
Jourdanet 98.
Judin 89.
*Julliard 491.
Jullien 284, 288, 417.
Juvara 226, 433.
Juwatschew 88, 659.

Kaczkowski 373, 562.
Kalabin 628.
Kalindéro 521.
Kamtschatow 632.
*Kaposi 416.
Kapsammer 554.
Karlowicz 228.
Katagma 62.
Kauffmann 435.
Kedrowski 617.
Keim 83.
Kellock 292.
Kelly 69, 300, *301, 305, *490, *501, *726.
Kendirdjy 114.
Kennan 720.
Keppel 485.
Kersmaecker 491.
*Kieser 655.
Kiesling 607.
King 284.
Kirkoff 101.
Kirmisson *35, 445.
Kiss 660.
Kissling 349.
*Kjeldahl 584, 652.
*Klebs 561.
*v. Klecki 250.
Klein 516.
Kleine 467.
Klemperer *442, 654.
Klingmüller 538.
Klotz 97.
Kmita 219.
*Kobler 381.
Kobylin 217.
*Koch 540, 634.
*Kocher 510, 619.
*Kodinzew 701.
Koerte 245, 246.
Kofmann 411.
Kolischer 10, *197, 494.
Kollmann 474, 601.
Koplik 503.
Kopp 593.
v. Korányi 1, 311, *634, 692.
Korbel 537.
Korda 249.
Kornfeld *593, 671.
Kossowski 181.
Kotschorowski 582.
Kowarsky 401.
Kratowski 546.
Kraus 319, *418, *514.
Krebs 560.
Kreps 177.
Kretz 247.
Krogius 5, 201, 234, 715.

Krüger 136, 244.
Kuhn 303.
*Külz 335, 341.
*Kümmel 419, 420.
Kuperwasser 665.
*Kusnezow 509.
*Kutner 646, 648.
Küttner 486.
Kynoch 61.

Labadie-Lagrave 518.
Lamard 488.
*Lancereaux 451, 452.
Landau 501, *540.
Lang 41, 283, 428, *528.
*Langenbeck 549.
*Langlebert 599.
Lannois 98.
Lanz 418, *419.
Lapowski 481.
*Lassar 291.
Launois 719.
Lavallée 297.
Lavaux 113, *316.
*Lawson 627.
Leersum 711.
Legendre 718.
Legrain 5, 285.
Legueu 75, *315.
Leleneff 275.
Lenglet 104.
Lengyel 18.
Lenhardt 29.
Lenné 337.
*Leonard 318.
*Léonte 314.
Lépine 19, 489, *716.
Léri 414, 518.
*Lermoyez 281.
Lerrede 93.
Lestrode 306.
*Letzel 277.
*Leube 56.
Levitzky 531.
*Lewin 490.
Lewis 490.
v. Ley 32.
*Leyden 586.
*Lieblein 642.
Liell 726.
*Lieutaud 558.
Lindstroem 102.
Lion 718.
Lisi 427.
Littlewood 50.
Lochte 93.
Loeb 18, 592.
Loeper 282, 284, 288.
Loewenhardt 22, 624.
Lohnstein, Th. 16. *164, 290.
Loktew 532.
Lomer 289.
Londe 631.
Lotheissen *559, 560.
*Lottermoser 215.
Louis 721.
Loumeau 8, 73, 76, 293, *316, 445.
Lucas 346.
Ludlow 331.
Ludwig 342, *584, *714.
*Luer 624.
*Luff 333.
*Lukasiewicz 537.
Lustgarten 97.
Lutaud 346.
Lwow 567.
Lyon 608.
*Lyonnet 715.

Mackenrodt 376.
Maiss 623.
Malherbe 72, 78.
*Malpighi 565.
Malyschew 531.
Manfanowski 420.
Manges 144.
Manikatide 519.
Mankiewicz 641.
Manley 222.
*Mannkopf 671.
Mapes 162.
Maréchal *288, 519.
Marer 520.
Mariachess 74.
Marocco 442.
Marsat 92.
Martin 676.
Massol 101.
Mathieu 121.
Maurange 448.
Maximow 44.
Maydl *51, *241, 304, *629.
Mayer 84.
Mayfield 171.
Mazé 309.
Mean 712.
Mendelsohn 392, *723.
*Mendius 642.
Menko 545.
*Mercier 627, 712.
*Merck 248, 539, 666.
Messarosch 663.
Meyer 165, *215, *490.
Michailow 103, 104.
*Michaux 315.
Mikulicz 51, *419, *420, *624.
*Miller 419.
Milton 363.
*Minkowski 138, 655.
Mirabeau 371.
Mirolubow 589.
Modlinski 240.
*Modrin 643.
Mohr 154.
Molteni 52.
Moltschanow 522.
Monckton 84.
*Moncorvo 148.
Monod 72.
*Moore 587.
Morel 297.
*Mori 716.
Morosow 120.
Morrow 93, 95.
Morton 184.
Moskowits 355, 662.
Monteverdi 440.
*Morestin 628.
*Moriac 528.
Mossop 38.
Most 222.
Motz 72, 73, 74.
Moutier 570.
Müller *646, 716.
Murray Mac Caren 677.
*Muzeux 572.

Nagel 331.
*Nardi 716.
*Naunyn 19, 158.
Navratil 609.
*Necker 649.
Neisser 38, *88, *160, *354, *521. *578, *594, *661.
Nélaton 570.
Nemser 81.
*Nencki 652.
Neugebauer 268, 398.

Neumann *177, 211, 220, 283, 347, 350, *351, *519.
Newjadomski 617.
Newmann 412.
*Nicoladoni 551.
*Nicolai 599.
*Nicolaier 169.
Nicolich 73, 77, 295, 439.
*Nitze 78, 625, 679, 680.
Nobel 347.
Noé 518.
Noguès 6, 71, 76, 290.
Nolen 150.
Nonne 533.
v. Noorden 502, *656, *686.
*Nylander 587.

*Obalinski 434.
*Oberländer 329, 603, 661.
Obolenski 632.
Odom 715.
*Ollier 496.
*Olivet 627.
*Onanoff 421.
Opitz 250.
Oppenheimer 166, 651.
Ortner 54, *419.
Otis 202.
*Ott 642, 645.

*Parmentier 590.
Parry 137.
Pascale 226.
Pasteau 77.
Patella 716.
Patrick 155.
*Pawlick 66, 501.
Pechkranz 505.
Péhu 440.
Pelagatti 37.
Pelter 100.
Pendl 444.
*Penzoldt 418.
*Perrin 472.
Perry 345.
*Perthes 698.
*Peska 586.
Petersen 343, 355, 663.
*Petit 572.
*Pettenkofer 658.
*Pezzoli 593.
*Pfeiffer 247, 584.
Phélip 64.
Philips 183, 236.
Phocas 119.
*Pick 38, 580.
Picqué 8.
Pini 29, 276.
Plósz 334.
Polk 358, 381.
Poll 499.
Pompeani 85.
*Poncet 75, 297.
Poppe 541.
Popper 42, 167, 229, 493, *521.
Posner 47, *540, *637.
Posselt 575.
Pousson 9, 75, 76, 117, *315, 446, 726.
*Pozzi 378.
*Pozsony 334.
*Pravaz 666.
Praxin 571.
Pribram 568.
Proksch 478.
Purdy 650.
Pyle 381.

Quinet 212.

*Rachford 137.
Racoviceanu-Pitesti 564.
Rafin 362.
Rahlff 234.
Ramsay 639.
Raphael 402.
*Rasumowsky 563.
Ratner 530.
Raulin 271.
Ravogli 152.
Raymond 100, *590.
Raynaud 287, *472.
Reale 293.
Reboul 9, 38, 71.
*Reclus 294.
Regnauld 209.
Reichel 53.
Reichmann 588.
Remsen 642.
Renault 476, 590.
Rendu 318, 721.
Rénon 274, 442.
*Reverdin 660.
Reynès 13, 73, 77, 295, 439.
Reynier 167, *314, 317.
Reynolds 311.
Richardson 300.
Richter 587, 611, 634, 717.
Ricout 722.
*Rieder 545.
Riehl 208.
Riegler 332.
Riese 684.
Rille 36, 604.
Ringel 183, 508.
Rinne 244, *245.
Ripault 29, 155.
Rischawy 525.
Robinson 436, 671.
*Roch 642, 644.
Roche 254.
Roering 705.
Roget 340.
Rohleder 719.
*Röhmann 467.
Romm 290, 303.
Róna 95, 605, 702.
*Rosenbach 274.
*Rosenfeld 467.
Rosenquist 153, 474.
*Rosza 148.
Roth 424, 634.
Rothschild 637.
Rousseau 231.
Routier 303.
*Roux 643.
Rovsing *5, 239, *423, 715.
Rubinstein 362.
Rumpf 335.
*Rupprecht 648.
Rydygier 228, *546.

Saalfeld 203.
*Sacharjin 450.
Sachs 663.
*Sahli 517.
*Salkowski 584, 587, 643, 714.
Salomon 136.
Saloschin 21.
Samschin 345.
v. Samson-Himmelstjerna 694.
Sasse 550.
Sauligoux 231.
Saxtorph 243.
Scatolavi 209.
Schaper 712.

Schauta 150, 377, 428, 439.
Schede 545, *572.
Scheibert 510.
Scheinkmann 167.
Schenk 423.
*Scherring 711.
Schilling 291.
Schlagintweit 514.
*Schleich 546.
Schlesinger 159, 287, 336.
Schliffka 25.
*Schlösing 652.
Schmid 248.
*Schmiedeberg 713.
*Schmitz 274.
Schneider 715.
Schnitzler 51, 251.
Scholtz 588.
Schramm 487.
Schreiber 118, 333, 714.
Schroeder 172, *540.
Schuchardt 213.
*Schüller 455, 550.
Schultz 207.
Schultze *66, *79, 188.
Schurygin 40.
Schuster 102, 354, 480, *612.
Seelig 297.
*Segond 75.
Seleneff 606.
*Senator 380, 586, 643, 655.
Sendler 185.
Sépet 343.
Serapin 60.
Servel 210.
Sherwell 153.
*v. Siegmund 354.
Sieur 727.
Sigurtà 366.
*Silbermann 66.
Sillner 309.
*Simon 65, 66, 69, 501, 508.
*Skene 455.
*Smirnoff 614.
Smith 82, 296.
*Snegirew 420.
*Sobolew 660.
Sokolow 377.
Solari 613.
Somogyi 520.
Sonnenburg 241, 359.
Sorgo 109.
Sorel 172.
Soulier 306.
*Souplet 590.
Spencer 96.
Speranski 211.
*Spiegelberg 66.
Spiegler 480.
*Spillmann 590.
Spitzer 188, 467.
Sprecher 289.
Springer 362.
Sprunk 542.
*Ssalitschew 559.
*Stadelmann 341.
*v. Stanley 590.
*Stark 555.
Stein 542, *643.
Steinberg 97.
Steiner 691.
Steinthal 187, *694.
de Stella 280.
Stern 161, *655, *668.
Sternberg 442.
Stiassny 610.
Stinson 570.
Stockmann 65.
Stokvis 584.
Strasburger 113.
Strauss *145, 173, *199, *402, *406, *407, 407, 556.
Strohe 546, *621.
Ströhmberg 714.
Sturgis 225.
Suarez 678, 680.
Suarez de Mendoza 129.
Suckling 121.
Sujetinow 12.
Swinburne 86, 166.
Syllaba 204.
Szalárdi 614.

Talbot 357.
Tarasow 249, *632.
Tarnowski *458, 528.
Tausig 105.
Taylor *23, 483.
*Tédénat 313.
Terray 139, *337, *723.
Teschemacher 336.
Theille 29.
Thibierge 447.
*Thiersch 669.
Thomas 28, 727.
*Thompson 677.
Thomson 116.
Thurnwald 27, 107.
Thuvien 417.
Tillmann 545.
Tipjakow 111.
Tolski 670.
Tomory 44.
de la Touche 413.
Töpfer 516.
v. Török 251, 506, *611, *660.
Trendelenburg *52, 75, *241, *678.
Treub 379.
Trojanow 697.
Troller 517.
*Trommer 587.
*Truax 331.
Truffi 288.
Trzebicky 434.
Tuffier 292, *314, *566, *678.
Tulinow 475.
Tunnicliffe 13.
Turetta 240.
*Tyson 542.

*Ultzmann 521, 595.
*Unna 419, 616.
Ussass 347.
*Uwira 195.

Vacher 29.
Varga 611, 617.
*Veillon 387.
*Veliaminoff 498.
Velich 138.
Viannay 30.
Viertel 490, 496.
Viguard 445.
Vigneron 76.
Vinay 19, 58, 630.
Vineberg 868.
*Virchow 227, 451, 452, 663.
Vogel 594.
*Voit 658.
*Völkel 716.
Vollbracht 576.

Wagner 168, 317.
v. Wahl 577.
Waitz 358.
Waldvogel 333.
Wall 146.

Wallace 45.
Wanitschek 255.
Warburg 628.
Warden 170.
*Wassermann 618.
Watson 332.
Watten 668.
Weber 108, 163, 436.
*Wegeli 655.
Weidenfeld 155.
Weill *308, 620.
Weinberger 493.
Weiss 344, *624, 630.
Welander *161, *480, 612, *659.
Weljaminow 372.
Wendel 368, *372.
Wereschtschagin 592.
Werler *160, *277, 534, 598.
Wertheim 122, *618.
Werther 214.
West *144, 379, *540, *688.
Wiesel 447.
Wigilew 239.
Wilcox 300.
Wilkinson 178.
*William 642.
*Williamson 14, 15, 716.
Wilms *621, 697.
*Winckel 52, 66.
*Windel 305.
*Winiwarter 372.
Winkelmann 114, *546.
Winokurow 652.
*Winternitz 538, 632.
*Witzel 624, 629.
Wolf 81.
Wolff 232, *699.
Wolodsko 220.
Wolowski 399.
*Wossidlo 329, 330.
Wright 429.
Wullenweber 132.
Würdinger 595.

Yantchuleff 23.

Zabludowski 672.
*Zaleski 652.
*Zalociecki 435.
Zandy 118.
Zebrowski 138.
Zechanowitsch 94, 211.
*Ziehl-Neelsen 618.
Zimmermann 26.
Zinn 19.
Zoege v. Manteuffel 571.
Zondek 564.
Zuckerkandl *514, *555, 562.
*Zyssokowitsch 250.

Druck von Carl Marschner, Berlin SW.

Aus der I. internen Klinik des Prof. F. v. Korányi in Budapest.

Beiträge zur Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten.[1])

Von

Prof. **Alexander v. Korányi.**

In der folgenden kurzen Mitteilung ist mein Zweck, eine Methode zu beschreiben, welche das Erkennen des kranken Zustandes der „anderen Niere“ bei chirurgischen Nierenkrankheiten auch in solchen Fällen ermöglicht, in welchen der Harn der anderen Niere qualitativ normal ist.

Ich behalte mir vor, über meine Erfahrungen ausführlich an anderer Stelle zu berichten.

1. Begründung der Methode. Das Blut besitzt eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,56°. Zu ihrer Bestimmung genügen 15 g Blut, und ihre Ausführung verlangt kaum eine Viertelstunde. Ich benutze zu diesem Zweck die Vorrichtung von Beckmann, welche zweckmäßigerweise mit einem Thermometer versehen ist, dessen 0° nicht verändert werden kann.

Die Beständigkeit der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes ist an das Gleichgewicht verschiedener Vorgänge geknüpft, welche dieselbe in entgegengesetztem Sinn beeinflussen.

Im Stoffwechsel werden große Molecüle in kleinere zerlegt. Daher nimmt der Gehalt der Gewebsflüssigkeiten und des Blutes an festen

[1]) Meine hier berührten Untersuchungen sind in ungarischer Sprache seit 1894 in zahlreichen Publicationen veröffentlicht worden. Eine zusammenfassende Darstellung in deutscher Sprache ist in der Zeitschrift für klinische Medicin, Band 33, Heft 1 und 2, einige casuistische Beiträge sind in der Ungarischen medicinischen Presse 1898, No. 13—15, erschienen.

Molecülen zu, was sich in einer entsprechenden Zunahme der Gefrierpunktserniedrigung kundgiebt, wie ich es bewiesen habe. Im selben Sinne wirkt die Wasserabgabe durch Verdunstung. Diesen Vorgängen entgegen wirken die Nieren, indem sie den Körper von seinem Ueberfluß an gelösten Molecülen befreien.

Nimmt die Thätigkeit der Nieren ab, so überwiegt die Wirkung des Stoffwechsels und der Verdunstung, und die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes (im Folgenden mit δ bezeichnet) nimmt zu. Daraus folgt, daß die Niereninsufficienz aus der abnormen Größe von δ erkannt werden kann. Nach Untersuchungen, welche ich bereits seit fünf Jahren unausgesetzt verfolge, muß ich den Satz aufstellen, daß es keine einzige Methode giebt, welche so geringe Grade der Niereninsufficienz aufzudecken im Stande wäre, als die Bestimmung von δ.

Wie a. a. O. durch die Untersuchungen von Kovács bewiesen wurde, geht eine insufficiente Atmung ebenfalls mit einer Steigerung von δ einher. Diese Steigerung läßt sich jedoch durch O-Einwirkung auf das Blut beseitigen, während dieselbe Veränderung bei Niereninsufficienz auch nach der Sauerstoffdurchströmung unverändert bleibt. Daher ist in jedem Falle besonders festzustellen, inwieweit δ durch Sauerstoff beeinflußt werden kann. Eine Zunahme von δ, welche der Sauerstoffbehandlung des Blutes nicht weicht, bedeutet Niereninsufficienz.

Wie meine Tierversuche lehren, ist δ bei demselben Grade der Niereninsufficienz je nach der Art der Ernährung verschieden: δ ist am größten beim Hunger, fast so groß bei Eiweißernährung, bedeutend geringer bei einer Ernährung mit Kohlehydraten, am geringsten bei einer gemischten Kost, in welcher dem Körper wenig Eiweiß und eine große Menge von Kohlehydraten einverleibt wird. Daher muß in zweifelhaften Fällen δ bei eiweißreicher Kost bestimmt werden, um geringere Grade der Niereninsufficienz feststellen zu können.

2. Diagnostische Bedeutung der aus δ festgestellten Niereninsufficienz. Ist bei einer Nierenkrankheit $\delta = 0{,}56°$, so folgt daraus, daß die kranken Nieren den Bedürfnissen des Organismus vollkommen entsprechen können, mit anderen Worten, daß die Nierenerkrankung durch die vicariirende Thätigkeit der gesunden Teile vollkommen compensirt wird. Nach meinen zahlreichen Erfahrungen an Tieren und an Menschen kann ich behaupten, daß eine einzige gesunde Niere zur Erhaltung von δ auf $0{,}56°$ ausreicht. Folglich bedeutet eine Zunahme von δ, etwa über $0{,}57—0{.}58°$, daß beide Nieren mangelhaft functioniren.

Eine mangelhafte Function beider Nieren kann auch in Fällen vorkommen, in welchen beide Nieren anatomisch gesund aussehen, aber ihre Thätigkeit durch eine allgemeine (Herzleiden etc.) oder locale Circulationsstörung beeinträchtigt wird. Der letztere Umstand kann durch eine erhebliche Erhöhung des intraabdominalen Druckes bedingt sein. Daher ist bei größeren Tumoren der Bauchhöhle fast immer eine Zunahme von δ zu constatiren. So bei Tumoren des Pancreas, der Leber, der Milz, der retroperitonealen Lymphdrüsen etc. und selbstverständlich auch bei großen Tumoren der einen Niere, auch wenn die andere Niere gesund ist. So war δ im Falle einer colossalen Pyonephrose 0,68°, nach deren Exstirpation dagegen 0,57°.

Von besonderer Wichtigkeit ist, daß einseitiger Nierenschmerz ebenfalls Niereninsufficienz verursacht, wahrscheinlich durch die Erzeugung einer reflectorischen Ischämie beider Nieren. Während einer einseitigen Nierensteincolik war $\delta = 0{,}76°$, während eines weniger heftigen Anfalles $\delta = 0{,}68°$, in der Zwischenzeit 0,57°. Bei einem wenig, aber anhaltend schmerzlichen rechtsseitigen Nierenneoplasma mit kleinem Tumor war $\delta = 0{,}69°$. Nach dem Nachlassen des Schmerzes war $\delta = 0{,}58°$.

Nach dem Gesagten muß zwischen Niereninsufficienz im Allgemeinen und zweiseitiger Nierenerkrankung streng unterschieden werden. Niereninsufficienz kann neben gesunden Nieren bei großen Bauchtumoren, bei großen einseitigen Nierengeschwülsten, trotzdem die andere Niere gesund ist, sowie bei jeder einseitigen schmerzlichen Nierenkrankheit bestehen. Aus dem Bestehen einer Niereninsufficienz kann nur dann auf den krankhaften Zustand der anderen Niere geschlossen werden, wenn keine große Geschwulst und kein Nierenschmerz vorhanden sind. Dann ist aber der Schluß sicher.

Am Anfang meiner Untersuchungen, wo ich mich noch nicht traute, diesen Satz mit genügender Schärfe auszusprechen, mußte ich mich von dessen Richtigkeit in einem traurigen Fall überzeugen lassen. Patient litt an profuser Hämaturie. Links wurde ein Nierentumor gefunden, der jedoch kaum zu palpiren war, δ war = 1,02°. Nach der Nephrectomie wurde ein gutartiges Papillom im Nierenbecken gefunden. Nach einem halben Jahre trat wieder Hämaturie auf, und im Harne wurden Zotten vorgefunden, welche bewiesen, daß die jetzt auch schmerzhafte einzige Niere ebenfalls der Träger eines Papilloms ist.

In Fällen also, wo keine große Nierengeschwulst vorliegt, welche mechanisch, und kein Nierenschmerz besteht, welcher reflectorisch Niereninsufficienz bedingen könnte, beweist eine aus δ erkannte Niereninsufficienz, daß die andere Niere auch krank ist. Diese Krankheit braucht selbstverständlich nicht anatomisch nachweisbar zu sein. Sie kann

einfach aus einem Mangel an der Reservekraft bestehen, welche zur verdoppelten Thätigkeit bei der Vicariation für die anatomisch kranke Niere in Anspruch genommen werden muß.

3. Ich habe l. c. kurz über den Nutzen berichtet, welchen wir unter verschiedenen Umständen aus der Bestimmung der Gefrierpunkts-Erniedrigung des Harnes (Δ) ziehen können. Hier seien nur folgende kurze Bemerkungen angeführt. Gewöhnlich schwankt Δ zwischen 1,2 und 2,2°. Bei Erkrankungen der Nierenepithelien nähert sich Δ dem Gefrierpunkte des Blutes oder wird demselben gleich. Gesunde Nieren adaptiren sich jedoch zwischen weiten Grenzen der Wasseraufnahme so, dass Δ in extremen Fällen zwischen 0,10 und mehr als 3° schwanken kann. Als pathologisch kann also eine geringe Erniedrigung des Gefrierpunktes nur dann angesehen werden, wenn dieselbe trotz einer nicht erhöhten Wassereinnahme besteht und so die Unfähigkeit der Nieren zur Secretion eines concentrirteren Harnes beweist. Ist Δ unter solchen Umständen geringer als 1°, und besteht keine hochgradige Anämie, welche diesen Umstand erklären könnte (l. c.), so muß auf die Erkrankung beider Nieren geschlossen werden. In einem solchen Falle führte eine Nephrectomie zum Tode (l. c.).

4. Die Bestimmung der Gefrierpunkts-Erniedrigung, des Kochsalzgehaltes und in einem Falle des Harnstoffgehaltes von aus nach Nephrotomien entstandenen Nierenbecken-Fisteln gewonnenen Flüssigkeiten haben mich zu Resultaten geführt, welche ich hier nicht unerwähnt lassen will. In den fünf Fällen, in welchen ich zu solchen Untersuchungen Gelegenheit hatte, war das Resultat der Untersuchung immer dasselbe: in jeder Beziehung glich das Secret einem einfachen Transsudat ($\Delta = \delta$, Kochsalzgehalt ebenfalls gleich oder etwas größer als der des Blutes etc.), woraus folgt, daß alle von mir untersuchten Fälle zu einem Zugrundegehen der nephrotomirten Niere führten. Alle Untersuchungen wurden $^1/_2$—2 Jahre nach der Nephrotomie angestellt.

Es wäre wohl eine hochwichtige Frage, zu erfahren, ob das die Regel oder die Ausnahme ist. Würde es sich herausstellen, daß jede mit einer Fistel heilende Nephrotomie zum Verlust der specifischen Nierenthätigkeit führt, so müßte bei solchen Operationen auf den Zustand der anderen Niere dasselbe Gewicht gelegt werden, wie bei der Nephrectomie.

Dritter französischer Urologencongress.

Des infections vésicales.

Albarran, Hallé und Legrain: Wenn es auch unter den zahlreichen in Betracht kommenden Infectionsträgern keine für die Blase specifischen giebt, bestehen doch bezüglich der Wichtigkeit und der Frequenz der einzelnen Mikroben große Verschiedenheiten. Nach der Häufigkeit des Vorkommens geordnet und von der Tuberculose ganz abgesehen, steht in erster Linie das Bacterium coli commune, welches an der Hälfte der Fälle von Blaseninfection beteiligt ist, dann folgen die von Rovsing vorangestellten Staphylokokken, der Proteus (Hauser), den Krogius als Urobacillus septicus liquefaciens beschrieb, der Streptococcus pyogenes, und zum Schluß der bisher noch selten aufgefundene Gonococcus, der indes manche bisher auf secundäre Infection zurückgeführte Cystitis verschulden dürfte. Selten festgestellt wurden der Typhusbacillus, der Friedländer'sche und der Fränkel'sche Diplococcus, außerdem eine Anzahl nicht genügend characterisirter, sehr vereinzelt aufgefundener Mikroben.

Als Infectionswege kommen in Betracht für die directe Infection erstens die Harnröhre sowohl in normalem Zustande, wo die zahlreich vorhandenen und pathogenen, autochthonen Bacterien allerdings nur unter pathologischen Bedingungen bis zur Blase gelangen können, als auch bei pathologischen Zuständen, die in erster Reihe durch den Katheterismus verschuldet werden, Die zweite Eingangspforte für die directe Infection bildet der Ureter, von welchem aus sich einmal specifische Entzündungsprocesse seiner Schleimhaut auf die Blase hin fortpflanzen können und in welchen die im Blute zufällig vorhandenen Keime gelegentlich leichter Läsionen der Nierencapillaren oder der Glomerulusepithelien während des Ablaufes einer primären oder secundären Nephritis oder bei Infarcten oder anderen localisirten Entzündungsherden innerhalb der Nieren hineingelangen können, um in die Blase abgelagert zu werden. Schließlich verdienen als abnorme Verbindungswege der persistirende, exstrophirte Urachus, penetrirende Blasenwunden, Communicationen mit Abscessen oder Darmschlingen Erwähnung. Die indirecte Infection auf dem Blut- oder Lymphwege ohne Benutzung des Urins als Vehikel kann bei Allgemeininfectionen, wie bei Tuberculose, oder

bei localen Entzündungen, wie bei perivesicalen Eiterungen oder genitalen Catarrhen eintreten.

Die Einführung eines pathogenen Agens in die Blase kann ohne jede Folge bleiben; sie setzt entweder eine Infection des Harns und der Blasenwand gleichzeitig, oder eine Infection des Urins für sich allein, eine Bacteriurie mit leichter Trübung und Opalescenz, saurer oder ammoniakalischer Reaction des Harns ohne reichlicheren Leukocytengehalt des Sediments. Dieser Zustand kann in eine Cystitis übergehen und nach den Autoren lassen sich feste Grenzen zwischen diesen beiden Affectionen überhaupt nicht ziehen. Veranlaßt wird die Bacteriurie fast ausschließlich durch das Bacterium coli.

Der Toxingehalt des Harns begünstigt den Eintritt von infectiösen Entzündungen der Blasenwand durch Schädigung des Epithels. Die Schwere der Blasenentzündung richtet sich nach der Virulenz der inficirenden Organismen, unter denen der seltene Staphylococcus als Erreger schwerer, eitriger Entzündungen der gefährlichste, der am häufigsten anzutreffende Colibacillus von sehr wechselnder Giftigkeit ist, während der Proteus häufig zu tiefen Necrosen der Schleimhaut Veranlassung giebt.

Ebenso große Wichtigkeit wie das Agens hat nach Guyon die Empfänglichkeit der Blase für das Zustandekommen der Infection. Letztere wird im Tierversuch überhaupt erst ermöglicht durch temporäre Schaffung einer Retention. Nur der Proteus scheint auch ohne diese Vorbedingung eine Entzündung erregen zu können.

Contagiosité vénérienne des infections vésicales.

Janet (Paris) berichtet über zwei Fälle, die für die Frage des Eheconsenses bei Bestehen eines Blasencatarrhs Bedeutung haben. In dem ersten Falle hatte ein bei einer Frau längere Zeit ohne Erscheinungen von Urethritis bestehender Blasencararrh, dessen Secret die von Janet beschriebenen kleinen diploconischen Bacillen neben vielen anderen enthielt, zu einer tripperartig beginnenden Urethralinfection zweier Liebhaber Anlaß gegeben, deren Harnröhrensecret denselben Diplobacillus in Reincultur enthielt. Im anderen Falle handelte es sich bei einer jung vermählten Frau um einen Blasencatarrh, der dieselben Kokken nachweisen ließ, denen der Ehemann eine schon lange bestehende Blaseninfection verdankte.

Besonders scheinen zu dieser Art der Uebertragung die Cystitiden mit Mikrokokken oder kleinen Diplokokken Anlaß zu geben, da diese beiden Arten in der Harnröhre zu existiren vermögen, während der Colibacillus, der sonst den gewöhnlichen Entzündungserreger der Blase darstellt, in der Harnröhre schlecht fortkommt. Eine Bacteriurie kann offenbar ebenfalls auf dem Wege des Beischlafs übertragen werden, wenn auch beweisende Beobachtungen darüber noch ausstehen.

Noguès (Paris) berichtet über einen ähnlichen Doppelfall von Bacteriurie und secundärer, aseptischer Urethritis beim Ehemann und eitrigem Blasencatarrh ohne Beteiligung der Harnröhre bei der Frau mit absoluter Identität der in Reincultur vorfindlichen, inficirenden Diplokokken.

Les anaérobies dans les infections urinaires.

Albarran und Cottet (Paris) haben die Betheiligung der anaëroben Microben bei Blaseninfection an drei Fällen studirt. Sie fanden in einem Falle von fötider, gangränescirender, mit Allgemeininfection einhergehender Pyonephrose neben dem Colibacillus und Streptococcen einen anaëroben Streptobacillus, auf dessen Anwesenheit die fötide Beschaffenheit des Eiters und die gangränösen Processe im Nierengewebe zurückgeführt werden. Bei einer primären Nierentuberculose ließ sich innerhalb eines mit dem Nierenbecken nicht communicirenden Abscesses ein streng anaërober Bacillus nachweisen, was im Hinblick auf die secundäre, hämatogene Infection bei Nierentuberculose wichtige Schlüsse erlaubt. Der dritte Fall, eine metastatische Geschwulst der Blase, zeigte in dem ganz besonders fötiden Harn neben dem Colibacillus und Streptococcus einen anaëroben Mikrococcus. Die Vergesellschaftung mit anaëroben Spaltpilzen scheint besonders zu gangränösen, fötid-eitrigen Entzündungen Anlaß zu geben und übt vielleicht auch einen gewissen Einfluß aus auf die Verschiedenartigkeit der Virulenz einiger Infectionsträger in den einzelnen Fällen.

Escat Marseille): Note sur un cas de bactériurie et sur la resistance de la vessie à l'infection.

Bei einem 45jähr. Patienten mit Urethritis posterior und chronischer Scheidenhautentzündung und Hydrocele fanden sich Unmengen von Colibacillen in dem trüben, aber, abgesehen von den Fäden der ersten Portion, leukocythenfreien Harn. Es fehlten alle subjectiven und objectiven Symptome einer schwereren Erkrankung, und anamnestisch ließ sich auch eine frühere acute Nebenhodenentzündung ausschließen: die chronische Hydrocele mußte also auf die starke Wucherung der Colibacillen zurückgeführt werden, auf welche allein die Pars posterior der Harnröhre, aber nicht die Blase mit Entzündung reagirt hatte. Solche Verschiedenheiten der einzelnen Segmente der Harnwege bezüglich der Toleranz gegen Infection will E. durch einen embryonalen, entwicklungsgeschichtlichen Ursprung erklären.

Hogge (Liège) erinnert im Anschluß daran an eine drei Jahre zurückliegende Publication über 8 Fälle von Bacteriurie, von denen 6 auf das Bacterium coli, 2 auf Staphylokokken oder Streptokokken zu beziehen waren. Seitdem hat er 15 weitere Fälle beobachtet, darunter 12 mit B. coli, 3 mit Streptococcus pyogenes. Er hat auch bei Blasenretention eine Bacteriurie fortbestehen sehen, die allerdings leicht in Cystitis überging (bactériuries instables).

Diarrhée et infection urinaire.

Carlier (Lille) hat zwei besonders beweisende Fälle von schwerer Harninfection während des Ablaufs von Darmcatarrhen beobachtet. Einmal schloß sich bei einem von jeder Affection der Harnwege bislang freigebliebenen Manne an einen dysenterieartigen, schon in Abheilung begriffenen Darmcatarrh eine hämorrhagische Cystitis an, die in drei Wochen abheilte. Im zweiten Fall trat bei einem älteren, kurz vorher wegen Blasenstein cystotomirten Patienten, dessen Urin zwar sehr wenig trübe, aber noch stark

eiweißhaltig war, eine Diarrhoe auf, und unter Verschlechterung des Allgemeinbefindens wurde der Harn stark schmutzig trübe und stinkend, ohne daß sich Blasensymptome zeigten. C. will diesen letzteren, durch desinficirende Spülungen günstig beeinflußten Fall von Bacteriurie durch die Annahme einer Resorption von Mikroorganismen von der Darmoberfläche zurückführen, begünstigt durch den schlechten Zustand der Nieren.

Infection vésicale et rétention.

Desnos (Paris) lenkt die Aufmerksamkeit auf den umgekehrten Ablauf des Zusammenhanges zwischen Harnverhaltung und Blaseninfection. Er hat bei Kranken, die kürzere oder längere Zeit an Cystitis, und zwar des verschiedensten Ursprungs litten, ganz allmählich eine incomplete Retention sich entwickeln sehen, deren Diagnose für die Therapie von Bedeutung wird.

Picqué (Paris) spricht im Anschluß an das Referat Albarran's über die Behandlung der infiltrirten Blase mittelst der Sectio alta. Er empfiehlt diese Operation sehr warm für die Fälle von schwererer, bei einfacher Drainage nicht heilender Cystitis, wo eine schwerere ascendirende Affection der Nieren noch nicht besteht.

Albarran hält die Operation Picqué's für überflüssig in der Mehrzahl der Fälle. Nierenläsionen geben an sich nicht eine Contraindication ab für den Blasenschnitt, sondern nur für die Chloroformnarcose bei der Operation.

Traitement des infections vésicales.

Loumeau (Bordeaux) bespricht zunächst die Prophylaxe der Cystitis, die sich auf die Verhütung von Congestionszuständen der Harnwege und die Antiseptik des Katheterismus, der Harnwege selbst und der benachbarten Infectionsherde zu richten hat. Für die Therapie von Bedeutung ist der Zustand der Niere. Bei renaler Insufficienz und Harnvergiftung hat man sich jeden operativen Eingriffes zu enthalten.

Sonde à demeure dans les infections vésicales.

Genouville (Paris) zeigt an der Hand von Temperaturcurven den günstigen Einfluß der Anwendung des Verweilkatheters auf den Fieberverlauf und die Abheilung schwerer Fälle von Cystitis.

Valeur comparée des divers antiseptiques dans les traitements des infections renales.

Hamonic (Paris) giebt eine detaillirte Uebersicht über die Behandlung der Cystitis mittelst desinficirender Spülungen oder Eintropfungen. Für besonders schwere Fälle empfiehlt auch er den Blasenschnitt mit folgendem Curettement oder der Cauterisation erkrankter Schleimhautpartien.

Une variété de rupture traumatique de l'urèthre spongieux.

Escat beschreibt einen etwas ungewöhnlichen Fall von spongio-fibröser Ruptur mit anfänglicher Blutgeschwulst der Penoscrotalgegend ohne Harnröhrenblutung und Mictionsstörungen. Sechs Monate später hatte sich eine filiforme Structur ausgebildet, welche Harnverhaltung bewirkte und mittelst interner Urethrotomie und folgender Dilatation geheilt wurde.

Rupture traumatique de l'urèthre pelvien.

Boeckel (Straßburg) bespricht die seltenen Fälle von isolirter Ruptur des Beckenanteils der Harnröhre ohne begleitende Verletzung des knöchernen Beckens. Die Diagnose ist sehr schwierig, weil Harnentleerung und Katheterismus im Anfang ungestört sind und die gewöhnlich bestehende Blutgeschwulst auf eine extraperitoneale Zerreißung der Blase zurückgeführt wird. Erst das Auftreten einer prä- oder perivesicalen Phlegmone darf einen Eingriff veranlassen, der in der Bloßlegung des Herdes und Anlegung von Gegenöffnung zu bestehen hat Ein Verweilkatheter wird am besten gleich in derselben Sitzung eingelegt. Läßt sich das centrale Stück der Harnröhre nicht auffinden, so ist die Sectio alta mit folgendem retrograden Katheterismus notwendig.

La taille hypogastrique préliminaire dans la résection de l'urèthre périnéal et pénieu.

Jonnesco (Bukarest) empfiehlt nach sechs mit gutem Erfolg operirten Fällen dieses Vorgehen für alle schwierigeren Fälle von unpassirbarer Harnröhrenstrictur, um das centrale Stück der Urethra von der Blase aus aufzufinden und durch Ableitung des Harns von der Urethrotomiewunde eine schnellere und sicherere Vernarbung derselben zu erreichen. Die Blasenfistel im Hypogastrium ließ sich in allen seinen Fällen leicht schließen.

Pousson hält die Cystotomie in allen diesen Fällen für überflüssig. Der Verweilkatheter, den man möglichst schwach wählen und nur zwei bis vier Tage liegen lassen muß, sichert die Heilung der Urethrotomiewunde genügend.

Epididymite commune symptome primordial de l'infection urineuse chez les rétrécis.

Carlier (Lille) berichtet über zwei Stricturkranke, welche, ohne vorher katheterisirt zu sein, Anfälle von acuter totaler Epididymitis bekamen mit allen Zeichen einer Urininfection. Die interne Urethrotomie befreite die Patienten von ihren Fieberattaken und ließ die Epididymitis schnell abheilen.

Reboul (Nîmes) berichtet über einen analogen Fall bei einem Stricturkranken mit acuter Harnverhaltung. Julius Jacobsohn (Berlin).

(Schluss folgt.)

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. Gustav Kolischer (Wien): **Die Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase, mit besonderer Berücksichtigung der Endoskopie und Cystoskopie dargestellt.** (Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien.)

Die vorliegende Monographie des auf dem Gebiete der Urologie rühmlichst bekannten Verf.'s bezweckt die Darstellung der Anschauungen, die sich aus der Beobachtung des reichen klinischen Materials der Klinik Schauta's unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur herausgebildet haben. Da die systematische Untersuchung der weiblichen Harnorgane mit den modernen Hilfsmitteln noch jungen Datums ist, so trägt das Werk einen subjectiven Zug, doch glaube ich, daß dies demselben nur zum Vorteil gereicht. Es ist in demselben eine solche Fülle exacter Beobachtungen niedergelegt, eine solche Menge diagnostischer und practisch-therapeutischer Winke enthalten, daß wir mit Freuden das Erscheinen dieses Buches begrüßen. Nicht nur der Specialist, sowohl Urologe wie Gynäkologe, auch der practische Arzt wird dasselbe mit Interesse lesen und es als wertvolles Nachschlagebuch seiner Bibliothek einverleiben. Was das Werk besonders wertvoll macht, ist der ständige Hinweis auf den Nutzen der Cystoskopie, durch welche wir in den Stand gesetzt sind, nicht nur exacte Diagnosen

zu stellen, sondern auch therapeutisch zum Wohle unserer Kranken einzugreifen. Aus der Fülle geistreicher Interpretationen sei nur hervorgehoben, daß Verf. die Urinretention und Ischuria paradoxa bei Retroflexio uteri gravidi durch das Oedem der Blase erklärt, daß das Auftreten des bullösen Oedems als ein diagnostisches Moment für die entzündliche Natur eines der Blase anlagernden Tumors bezeichnet wird. Bei der vielfachen Anfechtung des Ureterenkatheterismus darf und muß immer wieder hervorgehoben werden, daß Verf., wie es auch von anderer Seite vielfach betont wird, irgend eine schädliche Folge desselben selbst nach längerer Beobachtung bei einer sehr großen Anzahl von Fällen niemals beobachtet hat. Im Uebrigen ist der Stoff in erschöpfender Weise behandelt; nur die Harnfisteln wurden nicht berücksichtigt. Es ist schade, daß Abbildungen cystoskopischer Bilder fehlen, die bei dem großen, zur Verfügung stehenden Material gewiß manche noch nicht fixirte Krankheitserscheinung veranschaulichen würden; ein Bild erspart oft weitschweifige Expectorationen. Hoffentlich gelingt es dem Verf., diesen Wunsch bis zur zweiten Auflage seines Werkes zu erfüllen; wenn es auch richtig ist, daß „unwahre Bilder nur ein Verwirrung stiftender Aufputz" sind, so muß doch andererseits angenommen werden, daß in Wien, wo so herrliche illustrirte und colorirte Werke erscheinen, auch für die Cystoskopie sich ein wissenschaftlicher Zeichner und Maler finden lassen dürfte. Im Uebrigen läßt die Ausstattung des Buches nichts zu wünschen übrig; eine sehr sorgfältige, ausgiebige Litteraturangabe bildet den Schluß der lehrreichen Abhandlung. Blanck (Potsdam).

Jablonski: **Ein Fall von Pseudohermaphroditismus.** (Bollet. delle levatrice, 30. Mai 1898, referirt im Centralbl. für Gynäkologie 1898, No. 42.)

28jähriges Mädchen, niemals menstruirt, im 16. Jahre Bartwuchs. Penis 3 cm, sub erectione 10 cm lang, gespalten; Scheide von 10 cm Länge, in der rechten Schamlippe ein als Hoden der Gestalt nach angesprochener Körper. Vor acht Jahren wurde bei diesem Mädchen in Brüssel eine linksseitige Herniotomie gemacht, und soll angeblich damals eine Ovarialhernie constatirt worden sein. Es scheint, daß es sich um einen männlichen Scheinzwitter handelt. Immerwahr (Berlin).

Bychowski: **Ein Fall von Hermaphroditismus.** (Wratsch 1898, pag. 357, refer. im Centralbl. f. Gynäkologie 1898, No. 42.)

Die 19jährige Patientin cohabitirt mit Männern und mit Frauen, mit letzteren lieber. Allgemeines Aussehen, Kehlkopf, Stimme. Behaarung. Becken männlich. Labia majora vorhanden, minora fehlen, dreieckige Vulva, in der die Oeffnung der Harnröhre liegt und die Oeffnung der 7 cm tiefen Scheide. Clitoris von 6½ cm Länge. Per rectum tastet man zwei Stränge, die schräg nach unten verlaufen, der rechte 5—6 cm lang, der linke kürzer und dicker (Uterus bicornis?). Geschlechtsdrüsen nicht zu tasten. Das Geschlecht läßt sich nicht feststellen. Immerwahr (Berlin).

A. Sujetinow: **Ein Fall von Pseudohermaphroditismus.** (Medicinskoe Obosrenie 1897, pag. 908, refer. im Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 42.)

45jährige Frau, die in ihrer Jugend zwei Jahre lang regelmäßig ihre Periode gehabt haben will. Aeußeres Aussehen männlich; Andromastie, männlicher Bart und Stimme. Rechterseits eine reponible Leistenhernie. In der rechten großen Schamlefze ein als Hoden anzusprechender Körper mit Strang zum Leistencanal hinauf. Clitoris 5 cm lang und 2 cm dick, sieht aus wie ein Penis hypospadiacus. Kleine Schamlippen nicht vorhanden; unterhalb der Harnröhrenmündung eine blind endigende Tasche, die den Finger nicht einläßt. In Folge von Incarceration der Hernie wurde später bei dieser Frau eine Herniotomie gemacht, und wurde dabei der im Labium pudendi gefundene Körper als Eierstock angesprochen; jener Strang aber als Tube. Es würde sich also um einen weiblichen Pseudohermaphroditismus handeln mit Ectopia ovarii unius et tubae eiusdem lateris, Hypertrophia clitoridis, Evolutio rudimentaria vulvae et vaginae.

Immerwahr (Berlin).

Bellin: **Fall von schwieriger Bestimmung des Geschlechts und der bürgerlichen Rechte „Mann oder Frau"?** (Charkow 1898, refer. im Centralbl. f. Gynäkologie 1898, No. 42.)

B. mußte als Expert ein 24jähr., von zwei Männern genotzüchtigtes Mädchen untersuchen. Es fand sich eine dreifache Einreißung des Mastdarms, die Risse bis 2½ cm tief, weiter aber, daß die beschädigte Jungfrau ein männlicher Zwitter mit periodischem Cryptorchismus und Hypospadiasis penis-scrotalis war. Hoden rudimentär, keinerlei Geschlechtsgefühle, keinerlei Ejaculationen oder Menses. Aeußerer Typus männlich. Eine rudimentäre Vagina von 1 cm Länge, kein Uterus, keine Ovarien, die Samenstränge lassen sich per rectum am Blasenboden tasten. Immerwahr (Berlin).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

John Milton Garrat (Buffalo): **The Common Reagents for the Detection of Albuminuria: their Application and Comparative Efficiency.** (The New York Med. Journ., 16. Juli 1898.)

Verf. unterzieht die gebräuchlichsten Eiweißproben einer genauen Prüfung in Bezug auf ihre Feinheit. Er kommt zu dem Resultat, daß Millard's Reagens (es besteht aus 25 pCt. Kalilauge 22 Teile, Eisessig 7 Teile und Carbolsäure 2 Teile) alle übrigen weit an Wirksamkeit übertrifft. Die Untersuchungen wurden an 50 verschiedenen Urinproben aus-

geführt, außerdem an künstlich hergestellten Serumalbuminlösungen. Wenn die Arbeit auch nichts Neues bringt, so ist sie doch für jeden Practiker von Interesse, da er in ihr alles Wissenswerte in Bezug auf die Ausführung der Eiweißuntersuchung in kritischer Weise zusammengestellt findet.

Blanck (Potsdam).

Tunnicliffe (London): **Piperidin als Lösungsmittel für Harnsäure. Eine vergleichende Studie.** (The Lancet, 23. Juli 1898.)

Das Piperidin (Pyridinhexahydrin) zeigt in der chemischen Zusammensetzung mit den anderen Harnsäurelösungsmitteln — Lysidin, Piperazin, Urotropin — eine gewisse Aehnlichkeit, übertrifft jedoch letztere drei an harnsäurelösender Kraft ganz erheblich. Verf. hat mit allen vier Mitteln umfangreiche Versuche angestellt, welche die Superiorität des Piperidins evident dargethan haben. Er konnte zunächst feststellen, daß dieses Mittel in den zur Harnsäurelösung erforderlichen Dosen (3mal täglich 1 g für den Erwachsenen) vollkommen unschädlich ist. Eine Stunde nach Einnahme des Mittels ist es bereits im Urin nachweisbar, und innerhalb 48 Stunden nach Einstellung der Medication ist es vollkommen aus dem Körper ausgeschieden. Zum Nachweis des Piperidins im Harn bediente Verf. sich der Eigenschaft dieses Mittels, mit Jodkali-Wismuth eine Verbindung zu bilden, die in characteristischen, hexagonalen Krystallen auskrystallisirt. Die Versuche wurden sowohl mit Urin, wie mit Serum, als auch mit Kranken direct angestellt. Die einzelnen Resultate hat T. in Tabellen und graphischen Darstellungen zusammengefaßt. Zum Schluß resumirt er seine Befunde in folgenden Sätzen:

1. Das weinsteinsaure Piperidin bildet in Fällen von Harnsäuregries und Gicht ein wirkungsvolles Mittel, das ohne Bedenken Erwachsenen in Dosen von 1 g dreimal täglich und öfter verabfolgt werden kann.

2. Das Piperidin ist in therapeutischer Hinsicht allen ähnlichen Mitteln vorzuziehen, wozu noch seine Billigkeit kommt, die es für Jedermann erreichbar macht.

3. Lysidin, Piperazin und Urotropin besitzen alle die Fähigkeit, wenn auch in verschiedenem Grade, die lösende Kraft des Blutserums für die Biurate und des Urins für die Urate zu verstärken, aber alle in geringerem Grade als das Piperidin.

Loewenthal.

M. Reynès: **Véritable signification de l'hypoazoturie.** (Le progrès médical 1898, No. 44.)

Verf. hat zahlreiche Urinuntersuchungen gemacht, um zu sehen, ob man nicht gewisse chirurgische Indicationen aus der Harnstoffmenge aufstellen könnte. Er fand, daß bei Krebsgeschwülsten die Hypazoturie weniger von der Geschwulst abhängig ist, als von dem Ernährungszustande des Patienten. Die Hypazoturie tritt in den letzten Stadien der Geschwülste

als Zeichen einer Ernährungsstörung auf. Sie ist für den Krebs durchaus nicht characteristisch; sie ist ein biologisches, aber kein histologisches Symptom. Bei gewissen Individuen ist die Hypazoturie normal.

Immerwahr (Berlin).

Friedrich Betz (Heilbronn): **Der Salmiakgeist zum Nachweis des Biliverdins im Harn.** (Memorabilien, Juli 1898.)

Der Urin, an dem Verf. seine Methode erprobt hat, stammt von einer Patientin, die an Gallensteinen litt. Derselbe war dunkelrot, setzte aber kein Sediment ab. Beim Schütteln desselben trat der bekannte, stark irisirende, gelbe Schaum ein; er reagirte sauer, enthielt kein Eiweiß und keinen Zucker. Verf. tröpfelte Salmiakgeist so auf den in einem schief gehaltenen Reagensglase befindlichen Urin, daß er auf der Oberfläche des Urins stehen blieb, also nicht untersank. An der Berührungsfläche mit dem Urin nahm der Salmiakgeist alsbald eine grüne Farbe an, die nach und nach höher stieg, so daß sich der ganze Salmiakgeist grün färbte. Die Anwesenheit von Biliverdin war somit erwiesen. Es ist aber stets zu beachten, daß der Salmiakgeist vorsichtig und nur tropfenweise zugesetzt wird, damit er sich nicht mit dem Urin an dessen Oberfläche mischt, wodurch eine Trübung entsteht und das Biliverdin verdeckt wird. Ein gutes Resultat erhielt Verf. auch, wenn er den Urin mit etwas Wasser, 2—3 Teilen, verdünnte und in gleicher Weise den Salmiakgeist auftröpfelte.

Bei der Prüfung des Urins auf Biliverdin sind aber auch Zufälligkeiten zu beachten. So färbt z. B. Naphthalin bekanntlich den Urin in dünneren Schichten grünlichgelb, in stärkeren braungelb, burgunderfarbig. Rhamnus frangula, Rheum, Rubia tinctorum sind bekannte urinfärbende Stoffe. Salicylsaures Natron färbt den Urin grünlich, ebenso Santonin; wenn derselbe sauer ist, ist er alkalisch, rot. Der Same von Cytisus laburnum soll dem Urin eine grüne Farbe geben. Also gewisse urophane Pflanzenstoffe können bei saurer Reaction des Urins eine Verwechselung mit Biliverdin veranlassen, die aber auf Zusatz von Salmiakgeist gehoben wird, weil dadurch eine rote Farbe entsteht. Li.

DDr. Baduel und Castellani (Florenz): **Untersuchungen über die Bedeutung der Williamson'schen Reaction.** (Settimana medica 1898, No. 10. Referirt nach Medicinskoe Obosrenie.)

Die von Williamson im Jahre 1896 vorgeschlagene Reaction zur Feststellung von Diabetes beruht bekanntlich darauf, daß das Blut der Diabetiker bei Erwärmung eine alkalische Methylenblaulösung entfärbt. Der Vorgang wird von Williamson folgendermaßen geschildert: Bringt man 20 cmm Blut in eine Mischung von 40 cmm destillirten Wassers, 1 ccm Methylenblaulösung 1 : 6000 und 40 ccm Aetznatronlösung von specifischem Gewicht 1058 und erwärmt dieselbe auf einem Wasserbade, so verliert die Flüssigkeit ihre Farbe und nimmt die gelbliche Farbe des normalen Harns an, die dann auch nach dem Erkalten der Flüssigkeit bestehen bleibt.. Die

Verff. hatten nun Gelegenheit, die Angaben Williamson's an sieben Diabetikern zu prüfen und auch vollkommen zu bestätigen. Selbst im Stadium des Fortbleibens der Glykosurie entfärbte das Blut der Diabetiker die Methylenblaulösung, während Controlversuche bestätigten, daß das Blut bei keiner anderen Krankheit diese Reaction hervorzubringen vermag. Nach der Menge der durch das Blut entfärbten Methylenblaulösung kann man gewissermaßen über den Grad der Glykämie urteilen. Damit die Reaction deutlicher ausfalle, empfehlen die Verff., schwächere Methylenblaulösungen (1 : 10000—15000) zu verwenden. Die Verff. stellten auch fest, daß man statt Methylenblau ebenso gut auch andere Anilinfarben verwenden kann.

Li.

C. Alpers (New-York): **Quantitative Zuckerbestimmung im Harn mittelst Gährung.** Vortrag in der Pharmaceutical Association zu New-York. (Pharmaceutische Zeitschrift für Russland 1898, No. 39.)

Der Apparat, mit dessen Hilfe A. quantitative Zuckerbestimmung im Harn ausführt, besteht aus einem auf einem Fuße ruhenden Cylinder von 50—60 ccm Raumgehalt, der mit einem zweimal durchlöcherten Gummipfropfen verschlossen wird. In die eine Oeffnung ist ein unter geradem Winkel gebogenes Glasrohr eingefügt, so, daß das untere Ende desselben ein wenig in die Flüssigkeit hineinragt. In die zweite Oeffnung ist gleichfalls ein unter geradem Winkel abgebogenes Glasrohr eingefügt, nur reicht das untere Ende desselben über die untere Oberfläche des Gummipfropfens nicht hervor. Die Bestimmung geschieht folgendermaßen: In den Cylinder wird eine bestimmte Harnmenge eingegossen, der Cylinder hierauf gewogen, in den Harn ein Stückchen trockene Hefe gebracht. Das erste Glasrohr wird dann mittelst Hahn geschlossen, das zweite mit einem mit Chlorcalcium gefüllten U-förmigen Röhrchen und mit einem vorher gewogenen Kaliapparat in Verbindung gebracht. Die Gährung tritt rasch ein, und die gebildete Kohlensäure entweicht durch das zweite Rohr in die Chlorcalciumröhre und in den Kaliapparat. In 8—10 Stunden ist die Reaction gewöhnlich zu Ende. Das erste Glasrohr wird dann ein wenig in die Höhe gezogen, so, daß dessen unteres Ende sich oberhalb der Flüssigkeit befindet. Nachdem man nun den Hahn des ersten Glasrohres geöffnet hat, bringt man den Apparat am entgegengesetzten Ende mit einem Saugapparat in Verbindung. Schließlich wiegt man den Kaliapparat, und die Gewichtszunahme desselben giebt das Gewicht der bei der Gährung entstandenen Kohlensäure an. Der chemische Vorgang spielt sich nach folgender Gleichung ab:

$$C_6H_{12}O_6 = 2C_2H_5OH + 2CO_2$$

Glykose	Alkohol	Kohlensäure
179,58	91,80	87,78

Auf 1 Teil Kohlensäure kommen 2,0458 Teile Glykose. Die Menge der im untersuchten Harn enthaltenen Glykose berechnet man nun durch Multiplication der erhaltenen Kohlensäuremenge mit 2.0458. Li.

Dr. Theodor Lohnstein (Berlin): **Ein neues Gährungssaccharometer.** (Berl. klin. Wochenschrift 1898, No. 39. — Allgem. med. Centralztg. 1898, No. 87—88.)

Das bekannte Gährungssaccharometer von Einhorn ist, wie Verf. nachweist, falsch, da bei der Herstellung der Scala des Instruments die Absorption der Kohlensäure durch die Flüssigkeit nicht beachtet worden ist. Läßt man die Gährung bei 20° C. vor sich gehen, so findet erst bei Zuckergehalten über 0,35 pCt. im Einhorn'schen Apparat eine merkliche Abscheidung von CO_2 statt, so daß für kleinere Zuckergehalte das Instrument überhaupt nicht verwendet werden kann. Diese theoretisch abgeleitete

Folgerung fand Verf. durch eine Reihe von Versuchen bestätigt. Er stellte sich daher die Aufgabe, ein von den Fehlern des Einhorn'schen Apparates freies Gährungssaccharometer zu construiren und stellte zu diesem Zweck eine genaue Untersuchung der bei der Abscheidung der Kohlensäure als freies Gas sich abspielenden physicalischen Vorgänge an. Diese Untersuchung führte zur Aufstellung einer mit Hilfe der höheren Analysis hergeleiteten transcendenten Gleichung, welche das Volumen der abgeschiedenen freien CO_2 als Function des Zuckergehaltes der gährenden Flüssigkeit darstellt. Auf Grund dieser mathematischen Beziehung ist die Scala des nachstehend beschriebenen, verbesserten Gährungssaccharometers angefertigt.

Es unterscheidet sich von dem Einhorn'schen wesentlich dadurch, daß die Abscheidung der CO_2 im Meßrohr bei Gegenwart eines bestimmten Luftquantums stattfindet; hierdurch wird es nämlich ermöglicht, daß auch bei Zuckergehalten unter 0,35 pCt. eine deutliche Abscheidung von CO_2 stattfindet. Das neue Instrument (vergleiche die Abbildung) besteht aus einem beiderseits offenen U-Rohr, dessen längerer Schenkel, das die Scala enthaltende Meßrohr, durch einen eingeschliffenen Stöpsel während der Gährung verschlossen wird. Der Stöpsel enthält ein Luftloch, welchem ein Luftloch an dem Halse des Meßrohrs entspricht. Beim Gebrauch wird der Stöpsel zunächst so gestellt, daß die beiden Luftlöcher übereinander liegen, wodurch die Luft aus dem Meßrohr entweichen kann, wenn die zu untersuchende Flüssigkeit eingefüllt wird; letzteres geschieht von dem anderen Rohr aus, welches stets offen bleibt. Die zu untersuchende Flüssigkeit (Harn mit Hefe versetzt) wird von dem offenen Rohr aus in der Menge eingeführt, daß sie in dem Meßrohr bis zum Nullpunkt der Scala steigt; darauf wird der Stöpsel so gedreht, daß die Luftlöcher nicht mehr übereinander stehen, das Meßrohr also luftdicht abgeschossen ist; hierauf wird noch eine kleine Menge (dem Apparat beigegebenen) Quecksilbers eingegossen, welche sich in dem kurzen Querstück des U-Rohrs ansammelt und die Flüssigkeit im Meßrohr gegen die im offenen Rohr befindliche absperrt. Der Harn wird vorher in einem dem Apparat beigegebenen Reagensglas bis zur obersten Marke eingefüllt und ihm ein Hefekügelchen von 6—8 mm Durchmesser zugesetzt; die Flüssigkeit wird zu einer gleichmäßigen Suspension geschüttelt. Die Gährung soll bei einer Temperatur von 30° C. vor sich gehen; bei dieser Temperatur ist sie schon nach 6 bis 12 Stunden beendet; man kann diese Bedingung dadurch ersetzen, daß man den Apparat in einen mit Wasser von 35° C. gefüllten Topf bringt und diesen an einen Ort (nahe dem Kochherd resp. dem Ofen) stellt, daß die Temperatur nicht unter 25° C. sinkt. Der Zuckergehalt wird nach Beendigung der Gährung direct von der Teilung abgelesen. Ohne Weiteres ist der Apparat, wie alle Gährungssaccharometer, verwendbar für Zuckergehalte bis zu 1 pCt.; bei voraussichtlich höherem Procentgehalt muß man den Urin entsprechend verdünnen. Man kann sich im Allgemeinen an die von Einhorn angegebene Regel halten, daß man Urin bis zum specifischen Gewicht 1018 unverdünnt, von 1018—1022 zweifach verdünnt, von 1022—1028 auf das Fünffache und solchen über 1028 zehnfach verdünnt zur Bestimmung verwendet. Das zur Einfüllung des Harns dienende Reagensrohr enthält zu diesem Zweck drei Marken, welche diesen Verdünnungsgraden entsprechen. Zahlreiche Versuche des Verf.'s ergaben, daß der Apparat besonders für kleine Zuckergehalte, wo die meisten anderen Methoden mehr oder weniger versagen, sehr genaue Resultate giebt. (Die Teilung enthält 50 Teilstriche, welche von 0,02 pCt. bis 1,0 pCt. reichen.)[2] R. L.

---

[2]) Der Apparat ist zu beziehen von R. Kallmeyer & Co, Berlin N., Oranienburgerstr. 45.

Dr. M. Loeb (Frankfurt a. M.:) **Beiträge zur Lehre vom Diabetes mellitus. I. Hypophysis cerebri und Diabetes mellitus.** (Centralblatt für innere Medicin 1898, No. 35.)

Verf. sucht in vorliegender Abhandlung, der wohl eine Reihe anderer folgen wird, es wahrscheinlich zu machen, daß Geschwülste der Hypophysis, mögen dieselben selbstständig auftreten oder eine Teilerscheinung der Acromegalie bilden, durch Druck auf benachbarte Gehirnpartien Glykosurie resp. Diabetes auslösen können. Die Frage jedoch, welche Gehirnstellen hierbei getroffen werden, läßt Verf. vorläufig unbeantwortet, da zur Lösung derselben noch weitere experimentelle Forschungen nötig sind. Jedenfalls steht unwiderleglich fest, daß nicht nur Läsionen des vierten Ventrikels, sondern auch anderer Gehirnteile Diabetes in ihrem Gefolge haben können.

Li.

Dr. S. Lengyel: **Die Eiweissentziehung als diätetische Heilmethode bei Diabetes mellitus (im Anschluss an zwei Fälle).** (Ungar. med. Presse 1898, No. 41)

Bei Diabetes ist die zuckerbildende und zuckerzerstörende Function der Zellen gestört, es sind daher die Functionen durch mäßige Einfuhr von Kohlehydraten zu schonen, und das Fundament der diätetischen Behandlung des Diabetes bildet Beschränkung resp. Ausschließung der Kohlehydrate, Beschränkung der eiweißartigen Stoffe und reichliche Fettzufuhr. Wenn man bei möglichst vollkommener Entziehung von Eiweiß so viel Fett dem Organismus zuführt, daß es im Stande ist, den Calorienbedarf des Organismus zu decken, dann wird das eigene Eiweiß des Organismus vom Zerfall verschont, der Zerfall zum normalen Minimum reducirt, und so ist der Kranke dem Schwächerwerden nur in einem sehr kleinen Maßstabe ausgesetzt. Diese Behandlungsmethode, welche mit Rücksicht darauf, daß die Fette mit Gemüse verabreicht werden, mit der Bezeichnung „Gemüsetage" belegt wird, hat Verf. an zwei Kranken geprüft und ist dabei zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Durch die Ordination der Gemüsetage ist der Stoffwechsel des diabetischen Organismus so zu beeinflussen, daß mit dem möglichst großen Sinken des Zuckergehaltes des Harns auch die anderen pathologischen Bestandteile abnehmen.

2. Durch Gemüsetage ist selbst bei schweren Fällen eine Gewichtszunahme zu constatiren; es kann daher bei geringgradigem Organeiweißzerfall Fettablagerung stattfinden.

3. Gemüsetage gehen mit der Gefahr des Coma nicht einher, sind jedoch bei erschöpften Kranken (und im Allgemeinen dort, wo die Fe_2Cl_6-Reaction sehr stark ist) zu vermeiden, bis die Kranken in einen besseren Kräftezustand kommen.

4. Mit der Einschaltung von Gemüsetagen überhaupt ist der Diabetes mellitus günstig zu beeinflussen. Li.

R. Lépine: **Bons effets d'une infusion bicarbonatée dans un cas de diabète grave en imminence de coma.** (Lyon médical 1898, No. 31.)

L. berichtet über einen 30jährigen Kranken mit schwerem Diabetes. Der ohnehin schwache Patient (schwacher, häufiger Puls, Ferrisesquichloridreaction des Harns, 5 l Urin pro die mit 60—70 g Zucker) verliert trotz großer Dosen Alkalien und guter z. T. vegetabilischer Diät an Gewicht, bekommt tiefe Respiration (32), 108 Pulse, Appetitlosigkeit, schlechtes Befinden, Harnverminderung. Da nach Meinung L.'s das Coma droht, macht L. dem Kranken eine intravenöse Infusion, 20 Natr. bic. : 2000 dest. Wasser. Darauf einige Minuten Galopprhythmus des Herzens — wohl durch Ueberlastung des linken Ventrikels. Der Patient erholte sich völlig, entleerte in 24 Stunden 6000 ccm Urin und hatte am nächsten Tage nur 68 Pulse. Die Acidität des Harns war nach der Infusion verringert, der Harn war aber noch sauer. Den Tag vor der Infusion hatte der Urin 3,55 ‰ Aceton, zwei Tage nach der Infusion nur noch 0,05.

Die Infusion hat nach L. den Patienten vor dem drohenden Coma gerettet; der Diabetes ist ungeheilt derselbe geblieben. Mankiewicz.

W. Zinn: **Zur Frage der Glykosurie bei Gallensteinkolik.** (Centralblatt für klinische Medicin 1898, No. 38.)

Während Exner (Deutsche med. Wochenschr. 1898, 31) in 40 Fällen von Gallensteinkrankheit 39mal Zucker im Harn nachweisen konnte, hat Z. bei dem Material der Gerhardt'schen Klinik unter 89 Fällen von Cholelithiasis nur 2mal geringe Mengen Zucker im Urin gefunden. Naunyn hat in 250 Fällen nie Zucker gefunden. Z. hält daher das Vorkommen von Zucker im Harn bei einfacher Gallensteinkrankheit für eine Seltenheit.

Mankiewicz.

Vinay: **Sur le diabète insipide chez les femmes enceintes.** (Le progrès médical 1898, No. 47.)

86 Das Verhalten des Diabetes insipidus ist analog dem des gewöhnlichen Diabetes. Er tritt entweder intermittirend oder recidivirend auf und kann bisweilen die Schwangerschaft unterbrechen. Die Prognose ist ernst. Eine von des Verf.'s Patientinnen ist an einer embolischen Pneumonie am 29. Tage des Wochenbettes zu Grunde gegangen, die andere an Lungentuberculose.

Immerwahr (Berlin).

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Horváth: **Isolirte primäre Gonorrhoe der paraurethralen Gänge.** (Arch. f. Derm. u. Syph., 46. Bd., I. Heft.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von primärer isolirter Gonorrhoe paraurethraler Gänge. Beide waren Hypospadiaker. In dem Secret fanden sich

massenhaft Gonokokken. Die Urethra war gesund Bei dem einen mündete die Harnröhre in der Gegend der Fossa navicularis, bei dem anderen hinter derselben. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Coche: **De la rétention d'urine par paralysie de la vessie au cours de l'uréthrite blennorrhagique.** (Thèse de Lyon 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Urinverhaltung im Gefolge der Blennorrhoe kann außer durch Stricturen auch in seltenen Fällen durch eine Blasenlähmung bedingt sein. Die Diagnose dieser Lähmung wird durch das leichte Eindringen des Katheters und durch das langsame Abfließen des Urins ermöglicht. Der Bauchumfang nimmt zu, ein mehr oder weniger median gelegener Tumor tritt auf, und es besteht Urinverhaltung wie bei jeder Retention. Dagegen weist der Mangel aller Schmerzen und jeden Urindranges auf das Besondere dieser Retention hin. Die Harnverhaltung kann verschwinden und wiederkehren. Sie beruht entweder auf einem Reflex von Seiten der Harnröhre oder auf einer durch Gonokokkentoxin veranlaßten Störung des Blasencentrums.

Dreyer (Köln).

Prof. Dr. R. Bergh: **Bemerkungen über venerische Catarrhe bei Frauenzimmern.** (Monatshefte für practische Dermatologie 1898, No. 8.)

Dem letzten Bericht des Vestre-Hospitals zufolge litten von den im Berichtsjahre in Allem 1783 behandelten Prostituirten 699 an Urethritis, 226 an Cervicalcatarrh, 111 an vulvo-vaginalen Affectionen, während Vulvitis nur bei 16, Vaginitis nur bei 10 und ano-rectale Blennorrhoe nur bei 9 gefunden wurden; viele hatten gleichzeitig mehrere dieser genitalen Catarrhe. Von den 699 Individuen mit Urethritis zeigten nur 586 oder gegen 84 pCt. Gonokokken. 113 oder gegen 16,2 pCt. boten nur ein meistens weißliches Secret dar, in dem man selbst bei mehreren Untersuchungen nie Gonokokken hatte nachweisen können. Ob diese als urethrorrhoische zu bezeichnende Form ansteckungsfrei ist, ist noch zweifelhaft. Die Paraurethritis, die Affection der paraurethralen Crypten und Gänge (Guerin'sche, Skene'sche Drüsen), die so oft neben der Urethritis vorkommt, zeigte in bacteriologischer Beziehung dieselben Verhältnisse wie diese. 1897 kamen 112 Fälle vor, meistens mit Urethritis zusammen. Das gewöhnlich weißliche, mitunter breiartige Secret enthielt bei den meisten Individuen Gonokokken; ein in der Tiefe der Gänge gebliebener Ueberrest von Secret kann neue Infection der Urethra veranlassen und ein Recidiv einer Urethritis vortäuschen. Ziemlich ähnlich waren auch die Verhältnisse bei den so schwierigen Cervicalcatarrhen. Von den 226 Fällen waren 117 oder fast 52 pCt. wirkliche cervicale Gonorrhoen, bei 70 mit Urethralleiden vergesellschaftet. Mehrere derselben simulirten gesunde Verhältnisse, indem sich höchstens ein minimaler, glasklarer Ausfluß fand, welcher aber (oder beim Fehlen von solchem auch das von den Wänden des Canals Abgeschabte) doch Gonokokken ent-

hielt. Auch dieser Zustand kann sich, lange aller Behandlung trotzend, Monate lang erhalten. In mehreren Fällen zeigten sich die Gonokokken erst nach Eintreten der Menstruation, eine Thatsache, die den landläufigen Angaben vieler Männer von Ansteckung mit Tripper durch menstruirende oder eben menstruirte Frauenzimmer entsprechen würde. In den meisten Fällen von Affectionen der vulvo-vaginalen Gänge ließen sich Gonokokken nachweisen. Die seltenen Fälle von Vulvitis und von Vaginitis waren immer mit gonorrhoischen Catarrhen vergesellschaftet, aber an und für sich, wie gewöhnlich bei Erwachsenen, wahrscheinlich nicht gonorrhoischer Natur. Mitunter ließ sich jedoch, besonders bei gleichzeitiger Affection der vulvo-vaginalen Gänge, aus sehr weiten Crypten und Follikelmündungen des Vestibulums ein weißliches, gonokokkenhaltendes Secret ausdrücken.

Die Resultate der Behandlung der venerischen Catarrhe des weiblichen Geschlechts sind noch weniger erbaulich als die beim männlichen. Wenn die erste acute, gewöhnlich ganz kurz dauernde Periode eines solchen, besonders des Urethralcatarrhs, vorbei ist, scheinen die gonokokkentötenden Silbersalzverbindungen (Argentamin, Argonin, Protargol, Largin) meistens von ganz guter Wirkung. Im späteren Stadium ist der Gebrauch der gewöhnlichen Adstringentien (Zinc. sulf., Zinc. sulfocarb. u. s. w.), von Ichthyol- oder Alumnol-Bacilli, von dicken Metallbougies, Massage, sowie innerlich Sandelöl vielleicht vorzuziehen. Noch weniger befriedigend ist die Behandlung des Cervicalcatarrhs, welcher sich in die Plicae palmatae und in die stark gebogenen und verzweigten Drüsen des Canals so oft einnistet und die Gefahr eines weiter aufsteigenden Leidens enthält. Nicht selten ist schon ein Uterincatarrh oder Adnexleiden entwickelt. Die Behandlung des Cervicalcatarrhs mit Injectionen (Protargol u. s. w.), durch Pinselung mit Tinct. jodi oder Ichthyol, durch Ausschaben nimmt fast immer mehrere Monate in Anspruch. Hat das Leiden schon den inneren Muttermund überschritten, so lassen sich Affectionen der Adnexe nicht mehr verhüten. Meistens ebenso schlecht steht es um die Behandlung der ano-genitalen Gonorrhoe. Für die Behandlung, die immer Monate in Anspruch nimmt, ist man auf Ausspülungen und Irrigationen (Kal. permanganic., Arg. nitr. u. s. w.) angewiesen. Ein etwas dankbareres Behandlungsobject bilden die vulvo-vaginalen Gänge. Die Affection derselben weicht meistens in kürzerer Zeit den täglichen Injectionen, und nur ausnahmsweise ist es nötig, zur Spaltung, zu partieller Exstirpation der Wand des Ganges oder zur Wegnahme des ganzen Drüsenapparates zu schreiten. Li.

Dr. Saloschin (Franzensbad): **Erfahrungen über die Behandlung der Gonorrhoe bei Frauen mit Protargol.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 25.)

Verf. hat in der Ambulanz des Maria Theresia-Frauenhospitals in Wien eine Reihe von Fällen mit Protargol behandelt. Darunter sind zunächst einige acute Fälle von Gonorrhoe, in denen es sich um eine acute specifische

Vaginitis handelte. Er ging bei der Behandlung in der Weise vor, daß er einerseits mit einer 5proc. Protargollösung mittelst Playfair'scher Sonde den Cervixcanal anätzte und dann die Scheide und den Introitus vaginae mit einer 2proc. Lösung fest ausrieb und zum Schluß einen mit einer 5proc. Lösung getränkten Tampon einlegte. Von sonstigen Maßregeln wurde den Patientinnen eine mehrmalige Scheidenirrigation mit verschiedenen Mitteln (Lysol, Alaun, Kalium hypermang.) empfohlen. Ferner wurde die gleiche Behandlung bei einer kleineren Reihe subacuter Gonorrhoefälle eingeschlagen, nur daß hier gemäß der Complication (Cystitis) eine Blasenausspülung mit einer $^1/_2$—1proc. Protargollösung hinzukam. Was nun die Resultate betrifft, so war in einigen Fällen nach dieser Behandlung eine wesentliche Besserung zu constatiren. Die Schleimhaut des Introitus und der Vagina war abgeschwollen, nicht mehr so stark gerötet, der Fluor geringer. Im weiteren Verlaufe schwanden die Entzündungserscheinungen ganz bis auf eine geringe Rötung, und die Patientinnen konnten nach der Behandlung als hergestellt wieder entlassen werden. In einigen Fällen, vorzugsweise älteren, blieb das Protargol ohne Wirkung. Li.

George W. Ely (Pittsburgh): **Vaseline in the Treatment of Chordee.** (The New York Medical Journal, 13. August 1898.)

In zwei Fällen von schmerzhaften Erectionen bewährte sich dem Verf. die Einfettung der Glans penis mit Vaselin in vorzüglicher Weise, so daß er das Verfahren, welches ihm ein Zufall in die Hand gab, auf's Wärmste empfiehlt. Blanck (Potsdam).

Felix Loewenhardt (Breslau): **Zur Pathologie und Therapie der gonorrhoischen Gelenkserkrankungen.** (Wiener med. Presse 1898, No. 45.)

An dem Vorkommen gonorrhoischer Gelenkentzündungen ist in bacteriologischer Hinsicht kein Zweifel mehr. In höherem Grade als jede andere secundäre Gelenkentzündung regen die gonorrhoischen Entzündungen in der Synovialis Processe an, welche durch Granulationsbildung einerseits und durch die Art des Exsudates andererseits zu einem subchronischen Verlauf und zur Fixirung des Gelenkes führen. Als Beweis, daß der gonorrhoische Gelenkrheumatismus ein rein specifischer ist, führt L. noch folgende zufällige klinische Beobachtungen an: nämlich daß 1. sehr häufig Recidive im Anschluß an neue Gonorrhoen auftreten, 2. bei einem überstandenen genuinen Gelenkrheumatismus und danach frisch acquirirter Gonorrhoe kein Rückfall durch die Gonorrhoe hervorgerufen wird, 3. nach einem überstandenen gonorrhoischen Gelenkrheumatismus bei ausgeheilter Gonorrhoe ganz besonders schwere Schädlichkeiten, wie Erkältungen und Durchnässungen, kein Recidiv des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus hervorrufen, 4. auch eine schwere traumatische Schädigung für die Localisation eines einige Tage später eintretenden gonorrhoischen Rheumatismus ohne Einfluß bleibt.

Der Verlauf ist ein subacuter; der gonorrhoische Rheumatismus hat weder die Eigenschaften des acuten genuinen, noch die Neigung, in die ganz chronische Form von jahrelangem Fortgange überzugehen; ebenso ist er streng geschieden von der deformirenden Gelenkentzündung.

Die Therapie kann keine einheitliche sein; die innere Behandlung umfaßt diejenigen Mittel, welche auch für den genuinen Gelenkrheumatismus empfohlen sind; auch der gonorrhoische Gelenkrheumatismus reagirt auf Salicyl, Jodkali und das von Taylor empfohlene Oleum Gaultheriae. L. bevorzugt augenblicklich eine Mischung von Salol und Oleum Santali in Gelatinkapseln, dreimal täglich āā 0,3—0,6. Ueber die Quecksilbertherapie, die in der Anwendung als graues Pflaster, als Jodquecksilber (Morell-Lavallée) und allgemeine Mercurialisation (Schuster) empfohlen wird, hat L. keine Erfahrung. Was die gleichzeitige Gonorrhoetherapie betrifft, so ist eine vorsichtige Behandlung auch der Urethritis posterior mit dem weichen Guyonkatheter nicht schädlich. Das Gelenkleiden erfordert im acuten Stadium Ruhestellung, leichte Fixation, hydropathische Umschläge; ist das Fieber geschwunden, so kommt es darauf an, rechtzeitig die Ankylose zu verhindern. An Stelle von Gipsverbänden verwendet L. Pappschienen mit Wattepolsterung. Ergüsse, welche nicht zurückgehen, sind zu punctiren, event. mit Auswaschung des Gelenkes. Medico-mechanische Behandlung und Massage können noch im Spätstadium bei monatelanger Anwendung viel leisten. Die Extensionsbehandlung der frischen Gelenkerkrankung (König) hat L. nicht versucht.

Zum Schluß empfiehlt L. noch als ein sehr wichtiges therapeutisches Hilfsmittel von zugleich eminent schmerzstillender Wirkung die Anwendung der Hitze, besonders in Form eines von Haertel (Breslau) angefertigten Heißluftapparates, welcher sich gegenüber dem Tallermann'schen Apparat durch Wohlfeilheit und Einfachheit der Anwendung auszeichnet.

E. Samter.

Yantchuleff: **Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique chez les nourrissons.** (Thèse de Lyon 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Der gonorrhoische Gelenkrheumatismus bei Kindern ist nicht sehr selten. Er ist meist monoarticulär und befällt vorzugsweise das linke Knie. Das ist namentlich bei Säuglingen der Fall, und es kann deshalb Ueberanstrengung durch Gehen nicht mehr als die Ursache des häufigeren Befallenwerdens der Kniee herangezogen werden. Meist tritt der Rheumatismus 15—20 Tage nach Beginn der purulenten Conjunctivitis auf, die die Eintrittspforte bildete. Die Secretion der Conjunctiven nimmt bereits ab. Ein deutlicher Tumor, häufig ein Erguß, beständiger, aber verschieden starker Schmerz characterisiren die Affection, ohne daß Fieber oder Störung des Allgemeinbefindens sich einstellten. Die Krankheit ist kurz und endigt immer mit Heilung. Die beim Erwachsenen so häufigen Ankylosen und Muskelatrophien treten nicht ein. Das Exsudat kann zuweilen eitrig sein.

Gonokokken finden sich nicht stets darin. Um die Schmerzen zu mildern und die Resorption des Exsudates zu beschleunigen, muß man das Gelenk ruhig stellen und mit einem comprimirenden Watteverband umgeben.

Dreyer (Köln).

1. Destounis: **Étude sur l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)
2. Brès: **De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique.** (Eod. loco.)

Der blennorrhagische Gelenkrheumatismus der Kinder, von dem D. (1) den bekannten 29 Fällen 9 neue hinzufügt, entsteht nach Gonorrhöen der Vulva, der Conjunctiva und der Urethra, und findet sich häufiger bei Mädchen als bei Knaben. In der Form unterscheidet er sich nicht von der gleichen Erkrankung der Erwachsenen. Die Differentialdiagnose gegenüber der Arthritis rheumatica, und namentlich gegenüber Osteomyelitis, kann schwer sein.

Mit der therapeutischen Seite des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus beschäftigt sich B. (2) an der Hand von 10 Fällen. Er rühmt der Arthrotomie schnelle Beseitigung der Schmerzen, sofortigen Temperaturabfall, Besserung des Allgemeinbefindens, Fernhaltung weiterer Complicationen, kurze Reconvalescenz, Rückkehr vollständiger Gelenkbeweglichkeit, nur leichte Muskelatrophie und Fehlen jeder Ankylose nach und empfiehlt sie für folgende Fälle:

1. Bei acutem Hydarthros, wenn eine medicamentöse Behandlung innerhalb der ersten Woche erfolglos bleibt;
2. bei recidivirendem oder chronischem Hydarthros;
3. bei acuter, plastischer, ankylosirender Arthritis;
4. bei eitriger Arthritis.

Das Gelenk wird gesäubert, ausgespült und es folgt die Excision, oder das Curettement, oder auch eine kräftige Anwendung von Jodtinctur, oder Chlorzink. Darauf Drainage. Multiple Gelenkerkrankungen bilden keine Contraindication. Dagegen soll die Operation bei Kindern, bei denen schnelle Heilung ohne Ankylose erfolgt, nicht gemacht werden.

Dreyer (Köln).

Charles H. Chetwood (New York): **Urethral and intravesical irrigation.** (The New York Medical Journal, 28. Mai 1898.)

Die günstigen Resultate, welche man bei der Behandlung der Gonorrhoe mit dem Janet'schen Irrigationsverfahren erzielt, werden durch die unbequeme und unsaubere Art der Methode erkauft, so daß dasselbe an Popularität verloren hat. Verf. glaubt dasselbe durch einen neuen Apparat derart verbessert zu haben, daß eine Beschmutzung des Arztes und des Patienten durch das fortwährende Ein- und Absetzen der Canüle vermieden wird. Die Einsatzcanüle für die Urethra ist aus Glas und läuft in zwei

Arme aus, von denen der eine mit einem Schlauch zum Einlauf, der andere mit einem solchen zum Ablaufen verbunden ist. Durch einen eigens construirten Quetschhahn kann der Zuflußschlauch abgestellt werden, während der Ablaufsschlauch frei bleibt und umgekehrt, und zwar läßt sich das mit Leichtigkeit bewerkstelligen, so daß ohne große Uebung eine fast ununterbrochene Irrigation der Urethra statthat. Statt der Berieselung der Urethra posterior nach Janet zieht Verf. eine Durchspülung mit Hilfe des Katheters vor, und will bei acuter Urethritis die Janet'sche Spülung der Urethra posterior gänzlich beseitigt wissen. Blanck (Potsdam).

Carlier: **Epididymite comme symptôme primordial de l'infection urineuse chez les rétrécis.** (Le progrès médical 1898, No. 44.)

Zwei Patienten mit Strictur der Urethra bekamen, ohne vorher katheterisirt zu sein, eine Epididymitis mit allen Symptomen der acuten Urininfection. Eine Urethrotomia interna befreite die Kranken schnell von allen fieberhaften Erscheinungen. Die Epididymitis war bei beiden eine totale und heilte nach der Urethrotomie schnell. Immerwahr (Berlin).

Hodara: **Nouveaux dilatato-laveurs de Kollmann.** (Ann. des mal. gen.-urin. 1898, No. 10.)

Verf. betont den großen Nutzen dieser Instrumente bei der chronischen folliculären Urethritis und Prostatitis, bemerkt aber ausdrücklich, daß stets die urethroskopische Untersuchung vorauszuschicken ist.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Max Schliffka (Wien): **Ueber Urethrotomia interna.** Aus Prof. v. Frisch's Abteilung für Krankheiten der Harnwege. (Wien. med. Presse 1898, No. 46.)

Das Instrument, welches zur Operation benutzt wird, ist das alte Maisonneuve'sche, das aber die Rinne für die Einführung des Stabes, der an einem Ende das Messer trägt, an seiner oberen Seite führt. Das Messer hat die Gestalt eines Dreiecks, dessen Kanten geschärft sind, dessen Spitze aber in einem stumpfen Knopfe endigt. Es entspricht in seinem Durchmesser der No. 23 der Charrière'schen Skala. Die Technik der Operation ist folgende: Nach gründlicher Waschung der Harnröhre bis zur Strictur wird durch dieselbe ein dünnes Leitbougie geschoben, an dessen Ende eine Schraube angebracht ist, um eine feste Verbindung mit dem Urethrotom zu erzielen. Ist die Strictur so eng, daß dieses trotz seiner geringen Dicke von Charr. 8—10 nicht passirt, so muß dieses erste Bougie auf einige Stunden eingeführt bleiben, um den Callus etwas zu erweichen. Hat das Urethrotom die Strictur passirt, dann wird der das Messer tragende Stab durch die Führungsrinne in die Harnröhre vorgeschoben. Der Knopf drängt die weiche Schleimhaut zurück, so daß gar kein Widerstand gefühlt

wird, bis man an den Callus anlangt. Dieses Hindernis durchschneidet das Messer mit seiner vorderen Kante leicht. Hat man die Strictur passirt, so kann man das Messer auf demselben Wege zurückziehen, oder, indem man das Urethrotom ein wenig nach der einen oder der anderen Seite dreht, den Callus an einer anderen Stelle mit der zweiten Schneide durchtrennen. Diesen Vorgang kann man an mehreren Stellen wiederholen, um die Strictur in ihrer ganzen oberen Circumferenz zu incidiren. Hat man den Stab mit dem Messer entfernt, so wird unter einstweiliger Belassung des Leitbougies in der Harnröhre das Urethrotom wieder abgeschraubt, dafür ein langer, gerader Mandrin angefügt und über diese lange Führungssonde ein vorn offener Katheter geschoben, der in der Harnröhre à demeure verbleibt; die Führung wird sodann entfernt. Der eingeführte Katheter darf die Harnröhre nicht vollständig ausfüllen, um jede Reizung des Callus zu verhüten. Bei nicht septisch erkrankten Harnwegen kann man den Dauerkatheter nach 24 Stunden entfernen; anderenfalls thut man gut, ihn 2—3 Tage zu belassen.

Von größter Wichtigkeit für ein dauernd gutes Resultat ist die Fortsetzung der Behandlung der Strictur mittelst Dilatation mit Metallsonden, soweit es das Orificium externum zuläßt.

Das Wesentliche bei der Methode ist die Incision der Strictur an ihrer oberen Wand, wodurch man gegenüber einem Einschnitt an der unteren Wand der Gefahr einer Harninfiltration in die eröffneten Gewebe eher aus dem Wege geht. Ferner bietet die obere Wand den Vorteil, daß sie bedeutend fester und in ihrer Lage nicht so veränderlich ist, wie die untere, so daß die Strictur nicht ausweichen und dem Messer entgehen kann. Auch die Möglichkeit der Verletzung eventueller Reste cavernösen Gewebes ist bei der geringen Entwicklung desselben an der oberen Seite fast ausgeschlossen.

Die Operation wurde im letzten Halbjahre an 16 geeigneten Fällen ausgeführt; bei allen war die Verengerung, als sie in die Behandlung traten, nur für die allerdünnsten weichen Bougies durchgängig. In allen Fällen, bis auf zwei, betrug die Bettruhe nie mehr als 2—3 Tage; in jenen zwei Fällen waren die sehr engen Stricturen mit Fisteln und teilweisem Zerfall der unteren Harnröhrenwand complicirt; beide waren für die äußere Urethrotomie bestimmt, und die innere wurde nur vorausgeschickt, um auch den Callus der oberen Wand zu incidiren und durch die nun mögliche Einführung eines dicken Katheters eine Führung für den äußeren Schnitt zu gewinnen.

Complicationen wurden nicht beobachtet; nur trat zweimal am Abend des Operationstages Schüttelfrost mit hohen Temperaturen auf.

E. Samter.

A. Zimmermann (Wien): **Urethrotomia externa wegen impermeabler Harnröhrenstrictur.** (Der Militärarzt 1898, No. 21/22.)

Einen 28jährigen Patienten, bei dem wegen impermeabler Harnröhrenstrictur die Urethrotomia externa mit Erfolg ausgeführt wurde, stellte

Zimmermann im Verein der Militärärzte Wiens in der Sitzung vom 19. März 1898 vor.

Die Erscheinungen der Strictur waren im Anschluß an eine Gonorrhoe aufgetreten; die Harnentleerung erfolgte nur unter starkem Pressen und tropfenweise; bei der Sondenuntersuchung ergab sich am Bulbus urethrae ein unüberwindliches Hindernis. Bei der Operation zeigte sich, daß die normale Harnröhrenwand in der Ausdehnung von 2 cm in derbes, callöses Narbengewebe umgewandelt war, in dessen Bereich ein Lumen garnicht auffindbar war. Nach Exstirpation dieser Schwielen gelang es nur mühsam, das centrale Harnröhrenende zu finden; zwischen diesem und dem peripheren Ende bestand ein Abstand von 3 cm. Es wurde ein starker, ziemlich steifer englischer Katheter als Verweilkatheter eingeführt, die Urethrotomiewunde fest tamponirt, der Tampon durch Brückennähte gesichert. Wechsel des Tampons nach zwei Tagen; täglich zweimalige Blasenspülung mit Borsäure. Nach acht Tagen Entfernung des Verweilkatheters bei rein granulirender Wunde; nur einmal täglich wurde noch Anfangs behufs Blasenspülung ein starker Metallkatheter, später ein Metallbougie eingeführt. Die Wunde wurde nur locker tamponirt, häufig mit Lapis geätzt. 16 Tage nach der Operation erfolgte die Harnentleerung schon größtenteils per vias naturales, 14 Tage später vollständige Heilung; die Harnröhre für Charrière 19 leicht passirbar.

Z. empfiehlt in derartigen Fällen den Verweilkatheter vom zweiten oder dritten Tage an täglich zu entfernen, zu reinigen, auszukochen und nach Ausspülung der Urethra wieder einzuführen, und sich seiner überhaupt nicht länger als eine Woche lang zu bedienen: so lange er liegt, sind tägliche Blasenausspülungen vorzunehmen. Der steife englische Katheter eigne sich als Verweilkatheter besser als der Nélaton. E. Samter.

A. Thurnwald (Wien): **Geheilte Urethralfistel.** (Der Militärarzt 1898, No. 21/22.)

Einen Patienten mit geheilter Urethralfistel stellte T. im Verein der Wiener Militärärzte in der Sitzung vom 19. März 1898 vor. Die Fistel, welche, ausgehend von der Pars membranacea, im Perineum links von der Raphe hirsekorngroß ausmündete, hatte sich frühzeitig im Anschluß an eine Gonorrhoe entwickelt. Als Ursache war eine vor der Fistel in der Pars pendula gelegene Strictur von 2 cm Länge anzusehen. Die Fistel wurde in Narcose breit gespalten, die Ränder teils excidirt, teils excochleirt und hierauf ein Nélaton'scher Verweilkatheter eingeführt, welcher, da er nicht vertragen wurde, am dritten Tage durch einen Mercier ersetzt wurde. Mit langsam steigenden Calibern und täglich dreimaligem Katheterisiren wurde die Strictur behoben und zugleich der Harn von der Wunde ferngehalten. Die Heilung der Operationswunde trat aber erst nach längerer Zeit ein, als täglich zweimalige Ausspülungen der Harnröhre und der Fistelwunde mit starken Kalipermanganatlösungen unter hohem Druck mit dem Janet'schen Apparat vorgenommen wurden. E. Samter.

Escat: **Infiltration d'urine et périuréthrites.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1898, No. 10.)

Zuerst bespricht Verf. die Geschichte, dann die pathologische Anatomie und Lage und schließlich die therapeutischen Maßnahmen bei diesen Affectionen. Zur Erläuterung fügt er 20 Fälle an. Von diesen starben 12 = 60 pCt. Er verwirft für die Incision den Thermocauter und empfiehlt das Bistouri. „Die Incision mit dem Bistouri ist die wirklich chirurgische, sie erfüllt alle Bedürfnisse". Stockmann (Königsberg i. Pr.).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Bellet: **Contribution à l'étude du chancre syphilitique de l'urèthre.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. berichtet über sieben Fälle von intraurethralem Schanker. Von den eigentlichen intraurethralen Schankern trennt er die am Orificium sitzenden. Die Diagnose stützt sich auf den mikroskopischen Befund. Die Prognose ist ernst, weil starke Blutungen, Verengerungen und Fisteln zu fürchten sind. Eine locale Behandlung hat gegen diese Complicationen einzuschreiten. Dreyer (Köln).

Thomas: **Three cases of tattoo syphilis.** (Brit. Journ. of Derm. 1898, XI.)

Die Fälle von Syphilis in Folge Tätowirens sind nicht ganz selten, doch wird ihre große Bedeutung durch die Beobachtung des Verf. besonders illustrirt.

In Garston, in der Nähe von Liverpool, ließ sich eine reisende Gesellschaft mit Schaukelbooten nieder. Ein Angestellter derselben machte bekannt, daß er für den geringen Betrag von 1 Shilling tätowire, und suchte ein größeres Publikum zu diesem Behuf heranzuziehen. Das gelang ihm um so besser, als Garston Seehafen ist, und eine Menge Matrosen wurden so tätowirt, die bald darauf den Ort verließen. Die Einheimischen hielten sich fern. Nur vier unter ihnen ließen sich ebenfalls tätowiren. Sie erwarben sämtlich Syphilis. Drei unter ihnen wurden vom Verf. beobachtet. Die Schanker entwickelten sich stets an Stellen, die mit Speichel befeuchtet waren, während die mit Wasser befeuchteten frei blieben. Sämtliche Fälle zeigten Secundärsymptome. In einem Fall traten zwei Primäraffecte auf. Dreyer (Köln).

1) Vacher: **Contribution à l'étude de la syphilis nasale.** (Soc. franç. de laryng., Mai 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

2) Ripault: **Un cas de syphilis du nez.** (Ann. des malad. de l'or., janv. 1897. Ref. ibid.)

3) Lenhardt: **Occlusion complète des narines par cicatrices de syphilides tertiaires.** (Ibid. 1897. Ref. ibid.)

V. (1) behauptet, daß im retronasalen Raum und in den Nasengängen die Nasensyphilis am häufigsten localisirt ist, und empfiehlt außer der allgemeinen Behandlung reichliche retronasale Irrigationen. Dagegen ist in dem Falle R.'s (2) die linke untere Muschel befallen. Dieselbe ist bereits 14 Tage nach dem Auftreten der Roseola tumorartig geschwollen, und die Schwellung geht unter specifischer Behandlung zurück. Dem tertiären Stadium gehört L.'s (3) Fall an, der unter specifischer Behandlung ausheilt, aber mit vollständiger Obstruction der Nase. Durch die Narben bahnte L. mit dem Galvanocauter von vorn und hinten einen Weg, den er durch Jodoformgazetamponade zu erhalten strebte, was ihm aber blos auf der linken Seite gelang. Dreyer (Köln).

Theille: **La néphrite syphilitique secondaire.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von syphilitischen Nephritiden und unterscheidet eine frühzeitige secundäre Nephritis, die mit acuten Symptomen und starker Albuminurie im ersten Jahre der Syphilis auftritt, und eine tertiäre Nephritis mit mehr chronischem Verlauf. Die erstere unterscheidet sich im Verlauf gar nicht von einer banalen, infectiösen Nierenentzündung. Man stellt ihre Diagnose durch Feststellung der frischen Lues, aus dem Mangel von sonstigen Ursachen der Nephritis und aus dem Erfolg der specifischen Behandlung. Dreyer (Köln).

Pini: **Sur la syphilose de la langue.** (Annal. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. hat an je einem Fall der dermatologischen Klinik zu Bologna die Histologie der Glossitis nodularis und diffusa studirt. Die syphilitischen Zungenpapeln begannen im submucösen Bindegewebe, um sich nach oben auszudehnen und durch Atrophisirung die Gestalt der Papillen zu verändern. Muskelgewebe und elastische Fasern verschwinden spurlos. Die Papeln sind scharf begrenzt. Genese, Sitz und Structur unterscheiden sich nicht von dem Verhalten der Hautpapeln. Riesenzellen fehlen. Das Gefäßendothel wuchert und löst sich ab, während das Perithel sich infiltrirt. Zeichen einer Endarteriitis fehlen. Bei der diffusen Glossitis dagegen beginnt der Proceß tiefer im Muskelstratum, hat keine scharfen Grenzen und befällt gern das ganze Organ. Das Mucosaepithel proliferirt und schickt Fortsätze in die

Tiefe. Hier finden sich auch Riesenzellen. Auch im Bindegewebe finden Wucherungsprocesse statt, so daß das Organ lappig wird und Rhagaden erhält oder gar durch Substanzverluste oder Retraction des neugebildeten Gewebes wesentlich deformirt wird. Dreyer (Köln).

Collard: **Les grands entr'actes de la syphilis; contribution à l'étude du tertiarisme.** (Thèse de Paris 1898. Refer. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. hat das Material Fournier's bearbeitet. Unter spätem Tertiarismus versteht er die Erscheinungen, welche frühestens 20 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung auftreten. Bei Männern fand er unter 3864 tertiär-syphilitischen Fällen 219 solche und bei Frauen unter 387 tertiär-syphilitischen 10 Spätfälle. Die Fälle sind folgendermaßen auf die einzelnen Jahre verteilt:

vom	20.	bis	25.	Jahr:	127.
„	25.	„	30.	„	59.
„	30.	„	35.	„	25.
„	35.	„	40.	„	7.
„	40.	„	45.	„	7.
„	45.	„	50.	„	2.
„	50.	„	55.	„	2.

Man hat Fälle citirt, in denen die Syphilis 67 Jahre latent war. Syphilis mit langer Latenz erscheint häufiger bei Männern und bei gutartigem oder gar fehlendem Secundärstadium und schlechter Behandlung, sowie bei Abwesenheit von Alkoholismus, Tuberculose, Malaria und socialem Elend. Zuweilen veranlaßt eine äußere Ursache, ein Trauma das Auftreten der Späterscheinung; meist fehlt eine Erklärung. Am häufigsten localisiren sich die Symptome auf Haut, im Nervensystem und am Knochenapparat, ziemlich häufig auch an den Geschlechtsteilen. Auch die in der Kindheit erworbene, die hereditäre und die conceptionelle Syphilis können solche Späterscheinungen zeigen Ihre Prognose ist nicht schlechter als die des rechtzeitigen Tertiarismus, vorausgesetzt, daß nicht der Mangel der Behandlung zum Ausbruch massenhafter Erscheinungen führt. Dreyer (Köln).

Viannay: **De la fréquence des lésions tertiaires sans antécédents chez la femme dans le milieu hospitalier et de son importance en clinique et en pathologie.** (Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. hat 100 Frauen mit tertiären syphilitischen Erscheinungen unter dem Gesichtspunkte betrachtet, ob sich aus der Anamnese Zeichen der Syphilis ergaben. Das Material lag in Lyon im Hospital. Bei 52 Frauen fand sich nicht ein Symptom oder eine Angabe, die — abgesehen von der tertiären Affection — einen Anhaltspunkt für Lues hätten bieten können. Bei den übrigen 48 Fällen konnten 32 mal Secundärsymptome eruirt werden, während der Rest von 16 Frauen nur Aborte, Frühgeburten oder früh ver-

storbene Kinder aufwies. Der Mangel einer Anamnese kann deshalb nicht gegen die Diagnose Syphilis verwandt werden. Bei Tabes, allgemeiner Paralyse und Aneurysmen kann man deshalb so häufig Syphilis anamnestisch nachweisen, weil gerade die schweren Luesformen diese Krankheiten nach sich ziehen. Jede Erkrankung einer Frau im Hospital, die früher syphilitisch war, ist eine syphilitische Erkrankung, wenn sie in 48 pCt. der Fälle überhaupt durch Syphilis veranlaßt wird. Die Schlüsse des Verfassers folgen nicht stets stringent aus seinen Daten. Dreyer (Köln).

Gerhardt: **La syphilis du foie chez l'adulte.** (Sem. médic., 22. juin 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Alkoholismus begünstigt die Localisation der Syphilis an der Leber Deshalb ist Lebersyphilis in den Ländern am verbreitetsten, wo am meisten Alkohol getrunken wird. Auch Traumen begünstigen den Ausbruch vielleicht, der erst viele Jahre nach der Infection erfolgt. Folgende Formen können auftreten: 1. Große syphilitische Leber. Die Leber ist hart, nicht ganz glatt und kann den Nabel und Darmbeinkamm erreichen. Sie ist zeitweise druckempfindlich. Die Milz ist vergrößert. Die Diagnose wird nur zufällig oder durch Exclusion gestellt. Der Verlauf ist ein langsamer, und die Therapie hat gute Aussichten. 2. Pseudocancröse Form. Gleichmäßige Vergrößerung des Organs mit harten Höckern auf demselben, Milzvergrößerung, starker Icterus und schwere Heilbarkeit. 3. Atrophische und hypertrophische Form. Ein Teil — gewöhnlich die Mitte und der linke Lappen — ist atrophirt und ein anderer compensatorisch hypertrophirt. Geringe functionelle Störungen. Deshalb findet sich diese Form meist nur bei Autopsien. 4. Gelappte Leber. Ganz unregelmäßige Form mit tiefen Einschnitten. Schwere Ernährungsstörungen. Häufig Ascites. 5. Syphilitische Cirrhose, die sich ganz wie eine Cirrhose auf anderer Basis verhält, aber leichter heilt. Dreyer (Köln).

Emery: **Cas de syphilis ignorée. Phagédénisme tertiaire de la verge.** (Ann. de derm. et de syph. 1898, XI. Soc. de derm. et de syph., séance du 10. novembre 1898.)

Der von E. vorgestellte Fall beweist die gelegentliche Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Primäraffect und tertiärem Ulcus. Zehn Tage nach einem verdächtigen Coitus bemerkte Patient, ein Alkoholiker, einen Knoten an der unteren Eichelfläche. Die Therapie bestand drei Wochen hindurch in Sublimatwaschungen, Anwendung einer Calomelsalbe und drei Calomelinjectionen. Als nach dieser Zeit ein Drittel der Eichel zerstört war, und eine Ecthymapustel am linken Bein erschien, wurden Jodoform, einstündige allgemeine Bäder, locale Bäder und tägliche Injectionen von Hydrargyrum benzoicum angewandt. Nach acht Tagen war die Ulceration größer und tiefer. Als der Kranke unter Verlust der Nachtruhe und bei starken Schmerzen abmagerte, wurden Umschläge mit Chlorzinklösung (1 : 1000) und

Jodkaligebrauch in großen Dosen begonnen. Einige Tage hindurch wird ohne wesentlichen Erfolg mit Höllenstein gepudert und mit Kalium hypermanganicum (1 : 6000) gespült. Höllenstein- und Zinkstifttouchirungen zusammen mit prolongirten Bädern (3 Stunden Dauer) werden 14 Tage lang angewandt. Aber die ganze Eichel ist necrotisirt, Fieber, Schweiße, Schwäche, Husten, Auswurf ohne Bacillen sind aufgetreten, man läßt Bäder und jede innere Behandlung bei Seite, und es werden lediglich feuchte Umschläge um das Glied gemacht und ein Dampfspray mit Sublimat (1 : 3000) angewandt. Unterdessen haben die Pusteln am Bein — eine ist hinzugekommen — ganz das Aussehen acuter Gummen angenommen. Man giebt Roborantien: das Fieber fällt, die Wunde reinigt sich, und jetzt geht der Proceß unter Jodkaligebrauch und Calomelinjectionen der Heilung entgegen. Anamnestisch ist von einer früheren Infection nichts zu erfahren. Hereditäre Lues erscheint durch die Anamnese ausgeschlossen. Dreyer (Köln).

Fromageot: **De la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.).

Verf. berichtet über einen selbstbeobachteten Fall von neuro-paralytischer Keratitis und stellt 30 solcher Fälle zusammen, von denen drei der hereditären Syphilis zufallen. Meist handelt es sich um Männer, deren Cornea leichter Traumen ausgesetzt ist. Immer treten gleichzeitig cerebrale syphilitische Symptome auf. Die Krankheit beginnt plötzlich: Sehstörungen, Trübungen und Anästhesie der Cornea machen sich bemerkbar. Dann entsteht meist im unteren Teil der Cornea ein atonisches, scharf umschriebenes Geschwür. Vorübergehende Lähmungen, namentlich des dritten und vierten Gehirnnervs, aber auch des Facialis und der Extremitäten können auftreten neben Anästhesie der dem Sitze des Geschwürs entsprechenden Gesichtshälfte. Der foudroyante Verlauf, der zur Perforation und zu Irisvorfall führt, kann im Infiltrationsstadium durch eine specifische Therapie aufgehalten werden. Anatomisch findet man eine gummöse Basilarmeningitis und zuweilen syphilitische Exostosen, die das Ganglion Gasseri oder den Trigeminus in seiner intracraniellen Bahn comprimiren. Eine combinirte specifische Behandlung zusammen mit localer Anwendung schwacher Antiseptica und strengem Occlusivverband dienen der Heilung. Dreyer (Köln).

O. v. Ley (Köln a. Rh.): **Ueber Gummigeschwülste in der Hohlhand.** (Deutsche med. Wochenschrift 1898, No. 43.)

Bekanntlich gehört die Diagnose mancher syphilitischen Geschwulstproducte zu den schwierigsten Aufgaben; hier läßt oft sogar die mikroskopische Untersuchung im Stich, da die Syphilome vielfach sich von kleinzelligen und Spindelzellensarcomen nicht unterscheiden lassen. Für die Therapie ist die richtige Diagnose von ausschlaggebender Bedeutung, da bei syphilitischen Tumoren die chirurgische Behandlung meist wertlos ist und durch eine antisyphilitische Kur ersetzt werden muß. Die Anamnese

läßt meistens im Stich, man muß daher sorgfältig nach anderen Zeichen abgelaufener syphilitischer Erscheinungen suchen. Verf. hatte letzthin Gelegenheit, zwei Fälle zu behandeln, in denen Gummata in der Hohlhand localisirt waren, eine Localisation, über welche seiner Ansicht nach nur deshalb so spärlich in der Litteratur berichtet ist, weil sie meistens an dieser Stelle nicht als syphilitische Producte erkannt, vielmehr mit anderen Processen verwechselt werden. So verhielt es sich z. B. in dem ersten der beiden Fälle. Eine Dame consultirte den Verf. wegen einer sehr schmerzhaften Affection in der rechten Hohlhand. Eine syphilitische Infection wurde absolut geleugnet. Ohne Veranlassung war in der Hohlhand eine kleine, erbsengroße Geschwulst entstanden, die von einem Arzte, der den Tumor für ein Panaritium gehalten hatte, oberflächlich incidirt worden war. Als Verf. die Patientin zuerst sah, machte die Affection allerdings den Eindruck, als ob es sich um ein Panaritium tendinosum handelte, an das sich eine subfascial gelegene Phlegmone angeschlossen habe. Eine in Narcose gemachte Incision bis auf die Sehnenscheiden der Flexoren des kleinen Fingers entleerte nicht erheblich viel Eiter, mehr entleerte sich aus der Gegenincision, die in der Gegend des in die Fascia palmaris ausstrahlenden M. palmaris longus angelegt wurde. Der Wundverlauf entsprach trotz genauer Befolgung antiseptischer Wundbehandlung und Beschränkung der phlegmonösen Entzündung des subfascialen Bindegewebes keineswegs dem gewöhnlichen Verhalten bei operirten Panaritien und gewöhnlichen Phlegmonen. Die Schmerzhaftigkeit blieb, nahm sogar des Nachts zu, der Handrücken, die Fingergelenke und das Radiocarpalgelenk waren schmerzhaft und geschwollen (Synovitis serosa); dabei entleerten sich aus der Incision über dem Tumor fast nur necrotische Fetzen, während aus der Gegenincision serös-eitrige Flüssigkeit in mäßiger Menge quoll. Eine diffuse, teigige Infiltration nahm den ganzen Hypothenar ein, während die Incision übermäßige, mattrote, pralle, mäßig secernirende Granulationen bis zur Größe einer Baumnuß producirte, die entschieden geschwulstartigen Character hatten. Zu gleicher Zeit zeigte sich in dem nasalen Winkel des Margo supraorbitalis ein papulöses Syphilid, ähnliche am Unterarm, Rücken, Brust. Nach einigen Tagen war der Hypothenar von einem flachen, fast centimeterhohen, länglichen Gumma eingenommen, das sich in das Granulom über den Beugesehnen des dritten Fingers fortsetzte. Energische antisyphilitische Behandlung, combinirt mit Kaltwasserkur, brachte sämtliche Gummata zur Heilung, das primäre in der Hohlhand erst nach drei Monaten. Die richtige Diagnose in diesem Falle wurde dadurch erleichtert, daß bei der ersten Narcose ein Leucoderma colli bemerkt wurde, womit trotz gegenteiliger Aussage das Bestehen einer constitutionellen Syphilis erwiesen war. Der Fall zeigte durch seinen Verlauf, wie schädlich oft ein operativer Eingriff bei syphilitischen Affectionen ist. — In einem zweiten Fall sah Verf. bei einem vor mehr als zehn Jahren syphilitisch inficirten Hôteldiener, einem sonst gesunden Menschen, der schwere Lasten ohne Anstrengung hob und auch sonst sich bester Gesundheit zu erfreuen angab, zwei symmetrisch in beiden Hohlhänden gelegene, vom

zweiten bis vierten Finger unter der Haut mit ihr verlötete, schmerzhafte Gummigeschwülste unter Gebrauch von Jodkali langsam schwinden. Bei Handarbeitern imponiren solche niedrige, mit der Haut und Fascie ringsum verwachsene Geschwülste leicht als Hautschwielen, erst eine sorgfältige Palpation klärt über das wirkliche Verhalten auf. Außerdem hatte Verf. noch Gelegenheit, einen dritten Fall zu beobachten. Eine junge Frau consultirte ihn auf der Reise im zweiten Monat nach ihrer Verheiratung wegen einer Geschwulst in der linken Zungenhälfte; sie war wenige Millimeter von der Raphe entfernt im Muskelstratum als längliches, linsengroßes Knötchen zu fühlen. In der Hohlhand fühlte man im Thenar (dem M. abductor pollens entsprechend) einen kleinen, ringsum mit seiner Umgebung verwachsenen, schmerzlosen Tumor. Der Ehemann war als Bräutigam nach eigener Aussage syphilitisch. Das Vorkommen von Gummigeschwülsten in der Hohlhand wurde zuerst von Lewin (Charité-Annalen 1882) an drei Fällen gezeigt. In Bezug auf die Schmerzhaftigkeit verhalten sich die Fälle verschieden; bald fehlt dieselbe, bald ist sie ziemlich stark. Affectionen, welche differentialdiagnostisch in Betracht kommen, sind nach Verf. Cysticercus cellulosae, Carcinom, Neurom, Sarcom, Atherom. Meist ist die Diagnose mit Hilfe anderer Momente zu stellen; in zweifelhaften Fällen wird die Einleitung einer antisyphilitischen Kur das Leiden aufklären; denn die Gummata der Hohlhand scheinen durch eine solche ausnahmslos zur Heilung gebracht zu werden. R. L.

Dr. Friedrich Hanszel (Wien): **Circumscriptes Gumma der Trachea.** (Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 42.)

Verf. beschreibt einen Fall von Syphilom im obersten Anteil der Trachea. An und für sich schon eine seltene Krankheitserscheinung, zeichnete sich das Syphilom in vorliegendem Falle durch sofortige Reaction auf die eingeleitete Jodkaliumtherapie aus. Das Syphilom saß unterhalb der Glottis breitbasig am Ringknorpel. Es füllte das Lumen der Trachea bis auf einen seitlichen Spalt aus. Durch Incision wurde aus ihm nur reines Blut entleert. Patientin bekam innerhalb längerer Zeit täglich 2 g Jodkali, worauf sich die Geschwulst bedeutend verkleinerte und die früheren Atembeschwerden fortblieben. Li.

Rinaldo Bovero: **Un caso di rinvigorimento del virus sifilitico.** (Gazz. med. d. Torino 1898, 43.)

Ein 39jähriger Schuhmacher, welcher in der Jugend an Tuberculose des rechten Calcaneus gelitten hatte, erkrankte seit Jahren 3—4mal jährlich an Herpes praeputialis. 1888 inficirte er sich mit Lues, welche mit Schmierkur und KJa behandelt und geheilt wurde; seit 1890 keine Symptome mehr. Vor $2^1/_4$ Jahr Heirat, aus der ein gesundes Kind entstammt. Seit einigen Monaten besteht Alopecia areata; im Munde ein Schleimhautknötchen hinten an der Schleimhautfalte zur linken Backe; ein anderes characteristisches, centimestückgroßes Knötchen in der Mitte der oberen Lippe; Leuko-

keratosis linguae seit drei Wochen. Leichte Drüsenschwellungen. Sublimatalkohol und Injectionen von Hydrargyrum salicylicum. Die bisher gesunde 24jährige Ehefrau hat seit 10 Tagen an der Oberlippe einen ulcerirten Primäraffect, bedeckt mit Pseudomembranen, hart infiltrirt, genau an derselben Stelle, wo der Ehemann das Geschwür hat. Halsdrüsen schon stark geschwollen; später Roseola etc. etc. Die Frau ist — 15 Monate nach Geburt eines gesunden Kindes — von ihrem Ehemann durch eine Schleimhautpapel angesteckt worden, welche sich acht Jahre nach Verschwinden aller specifischen Symptome entwickelt hat. Nur wenige solche Fälle sind bekannt. Sollte die frühere Tuberculose bei diesem Patienten besonders günstige Bedingungen zur verlängerten Kraft oder zum Wiederaufflackern des infectiösen Agens geschaffen haben? Mankiewicz.

Durante: Gommes congénitales du sterno-mastoïdien. (Soc. obstétr. et de gynéc. de Paris. Séance du 10. févr. 1898. Annal. de dermat. et de syph. 1898, X.)

Im mittleren Teil beider Sterno-cleido-mastoidei lag ein harter, ziemlich scharf umschriebener Tumor von Haselnußgröße. D. konnte denselben anatomisch untersuchen und fand die Ränder mit dem gesunden Muskelgewebe verwachsen. Die Tumoren bestanden aus einem kernarmen Bindegewebe, das bis zwischen die Muskelfasern reichte, deren Gefäße endo- und periarteriitische Veränderungen mit kleinen Gummen in der Nachbarschaft der Tumoren darboten. Kirmisson schließt die Vermutung daran, daß der Torticollis der Neugeborenen häufig durch Gummen oder sclerotische Muskelaffectionen bedingt wird. Dreyer (Köln).

Casacca: Le coryza syphilitique héréditaire chez le nouveau-né. (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

In dem Falle des Verf.'s fand sich bei der Autopsie eine beträchtliche Anschwellung der Luschka'schen Tonsille. Geschwüre der Nasenschleimhaut wie Affectionen der Nasenknorpel und Knochen sind entgegen der Meinung älterer Autoren selten bei der hereditären Syphilis der Neugeborenen. Dagegen finden sich wie bei der hereditären Tuberculose häufiger Affectionen des adenoiden naso-pharyngealen Gewebes. Mit ihrer Hilfe ist eine bestimmte Diagnose schon vor dem Auftreten der Hauterscheinungen möglich. Dreyer (Köln).

Fournier: Hygiene des Syphilitikers. (Wiener med. Blätter, 1898, No. 41.)

Neben der specifischen Therapie spielt, nach Fournier, die Hygiene des Syphilitikers eine bedeutende Rolle; die tägliche Erfahrung zeigt, daß die Vernachlässigung der letzteren trotz der Behandlung immer neue Recidive provocirt und der Krankheit einen malignen Character verleiht. Schon

beim Primäraffect kann in Folge mangelhafter Antisepsis eine Secundärinfection eintreten. Beim Weibe ist die Sorge für Reinlichkeit noch nötiger als beim Manne. Schon im Primärstadium soll der Syphilitiker jede Ueberanstrengung vermeiden. Sitzt der Schanker in der Harnröhre, so ist, wie beim Tripper, reichliches Trinken zu empfehlen; sitzt er am Anus, so giebt man leichte Abführmittel. Welches immer der Sitz der Sklerose sei, stets lasse man den Kranken fleißig Bäder nehmen. Befindet sich der Schanker im Munde oder an den Tonsillen, so ist vollständiges Aufgeben des Rauchens angezeigt, alkoholische Getränke sind nur ausnahmsweise zu gestatten. Mund und Zähne sind fleißig mit antiseptischen Flüssigkeiten zu reinigen. Kranke mit Schanker im Munde sollen für ihren persönlichen Gebrauch alle Tafelgeräte besitzen, um andere Personen nicht zu inficiren. Von Syphilis befallene Ammen müssen unbedingt auf das Säugegeschäft verzichten. Im secundären und tertiären Stadium wird es Sorge des Arztes sein, den Organismus des Kranken zu kräftigen und widerstandsfähiger zu machen; ein Niedergehen der Ernährung bedeutet eine Verschlimmerung der Syphilis. Die Speisen sollen nicht stark gewürzt sein und der Magen nach Thunlichkeit geschont werden. Der Genuß des Alkohols ist entweder ganz zu untersagen, oder mindestens bedeutend zu reduciren. Alkohol verstärkt die Hautaffectionen der Syphilitischen. Alkoholismus scheint für nervöse Formen in der tertiären Periode zu disponiren. Die Syphilis des Alkoholikers ist trotz sorgsamer Behandlung reich an Nachschüben ohne Pausen und ohne Abschwächung der Intensität. Ebenso ist der Mißbrauch des Tabaks mit seiner schädigenden Einwirkung auf das Nervensystem und die Schleimhäute zu verhüten. Auch die psychische Hygiene des Syphilitikers ist zu berücksichtigen. Der Kranke soll alles vermeiden, was ihn ermüden und überanstrengen könnte; die geistige Thätigkeit sei geregelt und gemäßigt. Dem Syphilitiker muß Mut zugesprochen und der Gedanke erregt werden, daß die Heilung, der Erfolg der Behandlung zum großen Teil von seiner Unterwerfung unter die Vorschriften der Hygiene abhängt.

Immerwahr (Berlin).

Rille: **Ueber Calomeleinreibungen bei Syphilis.** (Arch. für Derm. u. Syph., 44. Bd., II. Teil.)

R. hat die Calomelbehandlung bei 16 Personen versucht, einmal mit 1 g, sonst mit 3 g Calomel, verrieben mit Oberländer's Quecksilberseife. Die Einreibungen wurden täglich gemacht (bis 52 an Zahl). Seinen Erfahrungen nach „ist die Syphilisbehandlung mit Calomeleinreibungen durchaus unwirksam". Die Unwirksamkeit erklärt er dadurch, daß das Calomel in die intacte Haut, trotzdem es durch den Kochsalzgehalt der Haut in Sublimat verwandelt wird, nicht eindringt, mithin auch nicht resorbirt werden kann, während das metallische Hg schon bei gewöhnlicher Temperatur verdunstet und somit durch die Haut und Lungenatmung aufgenommen werden kann.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Pelagatti: Sulle iniezioni di sublimato ad alta dose nella cura della sifilide. (Morgagni 1898, No. 7.)

Verf. hat auf Mibelli's Poliklinik in Parma 68 syphilitische Kranke mit Sublimatinjectionen behandelt. Im Ganzen wurden 429 Injectionen von 0,04 g Sublimat mit 1 g einer 4proc. Lösung gemacht. Gewöhnlich wurde 1 Injection in der Woche vorgenommen, zuweilen 2 und einmal sogar 7 in 14 Tagen. Die Lösungen waren mit sterilisirtem Wasser bereitet. Die Luer'sche Spritze wurde angewandt. Die Injectionsstelle wurde mit Aether und 2 pCt. (?) Sublimat desinficirt. Die Injectionen wurden immer in der Glutäalgegend gemacht. Besonderer Wert wird darauf gelegt, daß kein Tropfen der Lösung in das Zellgewebe dringt, weil sonst heftige Schmerzen, Infiltrationen u. s. w. entstehen. Dieselbe Vorsicht wird bezweckt durch schnelles Zurückziehen der Spritze. Von den Injicirten befanden sich 19 im primären, 32 im secundären und 17 im tertiären Stadium der Syphilis. In 3 Fällen mussten die Injectionen wegen schwerer Intoxicationserscheinungen und äußerst heftiger Schmerzen ausgesetzt werden. Infiltrate, die sehr häufig waren, bildeten sich meist in einigen Tagen zurück. Neurastheniker, Fettleibige und Anämische vertrugen die Injectionen am schlechtesten. Die Wirkungen waren ausgezeichnete, fast so gut wie nach Calomelinjectionen. Indessen fehlten die Nachteile dieser. Die gebrauchte Dosis ist einer höheren vorzuziehen, weil letztere eher zu Intoxicationen führt. Eine verstärkte Wirkung erreicht man am besten, indem man die Intervalle zwischen den einzelnen Injectionen abkürzt. Begann die Behandlung schon im Initialstadium, so blieben spätere Erscheinungen aus oder waren so leicht und vorübergehend, daß die Kranken sie wenig bemerkten. Breite Condylome verschwanden schnell, wenn sie gleichzeitig local behandelt wurden. Ohne topische Therapie erforderten sie 5—6 Injectionen bis zur Heilung. Zur Vernarbung ulcerirter Gummitumoren genügte eine gleiche Anzahl Injectionen. Papeln erforderten bis zur völligen Heilung 6—12 Injectionen. Alle Kranken stellten sich später wieder vor; nur bei dreien fanden sich Recidive. Dreyer (Köln).

Gagnière: Nouvelles contributions au traitement de la syphilis par l'huile grise. (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. hat Untersuchungen an 15 Kranken über Quecksilberausscheidung bei Behandlung mit grauem Oel angestellt. Die Ausscheidung beginnt schon eine Stunde nach der Injection, wird sehr reichlich in der dritten Stunde, um am dritten Tage noch zuzunehmen und bis zum sechsten Tage so zu bleiben. Dann fällt sie ab. Dasselbe Spiel wiederholt sich nach der zweiten, dritten und vierten Injection. Nach der fünften dagegen nimmt die Ausscheidung ab, kann sich aber bis über zwei Monate ausdehnen. Die roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes nehmen nach der zweiten Injection zu und nach der fünften erst wieder ab. Er hält es des-

halb für klug, nicht mehr als fünf Injectionen zu machen. Die Röntgenphotographie eines Mannes, der eine intramusculäre Injection von grauem Oel erhalten hatte, zeigte, daß das Oel nicht an einem Platze abgelagert wird, sondern in den Interstitien sich verteilt Verf. betont die schnelle Wirkung des grauen Oels, das bei richtiger Anwendung wenig schmerzhaft wirkt und von den Kranken, so weit es sich nicht um Kachexie, vorgeschrittene Tuberculose, nichtsyphilitische Albuminurie oder schlechte Zähne handelt, gut vertragen wird. Dreyer (Köln).

Neisser: **Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis und was haben wir von ihr zu erhoffen?** (Arch. f. Derm. u. Syph., 44. Bd., II. Teil.)

In einer sehr ausführlichen und hochinteressanten Arbeit bespricht N. zuerst die einschlägigen Fragen betr. die erworbene und ererbte Immunität gegen Syphilis, die bis heutzutage noch keineswegs unanfechtbar dastehen, giebt weiter einen sehr detaillirten Bericht über die bisherigen serotherapeutischen Versuche und kommt zuletzt zu dem Schluß, daß das Resultat bisher als ein „negatives" zu bezeichnen ist. Er bleibt demnach „theoretisch allerdings nach wie vor ein überzeugter Streiter für energische, Jahre lang durchzuführende Quecksilberbehandlung". Die Arbeit ist als Festschrift Prof. Philipp Josef Pick gewidmet. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Reboul: **Calcul de l'urètre chez un enfant de 6 ans.** (Le progrès médical 1898, No. 44.)

In der Association française d'urologie zeigte R. einen Urethralstein, den er bei einem 6jährigen Kinde durch Urethrotomie gewonnen hatte. Es bestand vollständige Urinretention, Katheterismus war unmöglich. Die Incision der Urethra eröffnete eine Tasche derselben, welche mit Urin und Eiter gefüllt war. Sie enthielt einen fest eingeklemmten Stein, der sich dann leicht extrahiren ließ. In der Blase keine Concremente. Heilung.
Immerwahr (Berlin).

J. Mossop (Bradford): **Ectropion of the Female Urethra.** (The British Medical Journal, 1. October 1898.)

Ectropion oder Vorfall der weiblichen Urethra ist kein häufiges Vorkommnis und wird bei Kindern gewöhnlich auf Reizung durch Darmparasiten, namentlich durch Ascariden, seltener auf Blasensteine und andere patho-

logische Zustände zurückgeführt. Diese Anomalie dürfte schwer zu übersehen sein, da man bei sorgfältiger Untersuchung die Harnröhrenöffnung im Centrum des vorgefallenen runden Körpers leicht erkennen kann. Häufige und schmerzhafte Urination ist die hauptsächlichste Erscheinung, durch welche der Vorfall der weiblichen Harnröhre sich kundgiebt. Verf. beobachtete nun folgenden typischen Fall:

Das 9jähr., gutgenährte Mädchen wurde in das Krankenhaus gebracht wegen 2—3 Wochen anhaltender häufiger und schmerzhafter Urination, sowie häufigen Blutharnens. Es soll niemals gehustet, niemals an Helminthiasis oder Obstipation gelitten haben; überhaupt konnten keine prädisponirenden Momente anamnestisch festgestellt werden. Die Untersuchung ergab einen kleinen runden Tumor von der Größe einer Kirsche und von dunkelroter Farbe. Der Tumor umgab die Urethralöffnung und hatte den Meatus in seinem Centrum; bei Berührung zeigte er sich stark gespannt und blutete leicht. Durch Aufdrücken einer mit einem Wattebausch versehenen Kornzange auf den Tumor konnte derselbe zum Verschwinden gebracht werden; sobald aber der Druck aufhörte, stellte sich der Tumor unmittelbar wieder ein. Der Harn hatte ein specifisches Gewicht von 1020, sonst aber keine abnormen Bestandteile. Application adstringirender Waschungen, wonach sich der Character der Geschwulst etwas veränderte: sie wurde weicher, etwas kleiner, die Congestionserscheinungen wurden geringer. Die Vermutung, daß hier ein Blasenstein vorliege, fand bei näherer Untersuchung der Harnblase keine Bestätigung, und man entschloß sich, den Vorfall operativ zu beseitigen. Von demselben wurde unter Chloroformnarcose ein elliptisches Stück ausgeschnitten, worauf die gegenüberliegenden Wundflächen mittelst Naht vereinigt wurden. Bereits am ersten Tage nach der Operation war die Miction weder erschwert, noch schmerzhaft; ebenso hat der Harndrang bedeutend nachgelassen. Drei Wochen nach der Operation wurde das Kind vollkommen geheilt entlassen. Li.

M. Escat: Une variété de rupture traumatique de l'urètre spongieuse. (Le progrès médical 1898, No. 44.)

Ein junger Mann von 19 Jahren litt an acuter Gonorrhoe und saß, während er eine Erection hatte. Plötzlich setzte sich ihm ein junges Mädchen auf den Schoß; er fühlte sofort ein Knacken und einen heftigen Schmerz, die Erection hörte sofort auf und es bildete sich eine Anschwellung in der Penisscrotalgegend. Am folgenden Tage waren der Penis und der Hodensack schwarz und mit Ecchymosen bedeckt. Zuerst hatte er keine sonderlichen Beschwerden beim Urinlassen, und auch keinerlei Erscheinungen von Zerreißung der Urethra. Sechs Monate später war der Harnstrahl sehr dünn geworden, 15 Monate später bestand Urinretention. Es bestand eine fadenförmige Strictur in der Pars penis-scrotalis. Wahrscheinlich handelte es sich in diesem Falle um einen Bruch der Corpora cavernosa und des fibrösen Gewebes, während die Schleimhaut intact geblieben war.

Immerwahr (Berlin).

Norbert Gertler (Krakau): **Beitrag zu den Krankheiten des Nabels (und des Penis) der Neugeborenen.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 35.)

Verf. beschreibt einen Fall von Diphtherie des Penis bei einem Neugeborenen, die nach der rituellen Circumcision entstand. Am geschwollenen Penis, und zwar an der rechten Seite der Eichel befand sich ein flaches Geschwür, welches mit einem graugelben, diphtheritischen Belag bedeckt war; in letzterem konnten Löffler'sche Diphtheriebacillen nachgewiesen werden. In derselben Weise war auch der Nabel des Kindes afficirt. Der Krankheitsproceß soll zur Zeit der Consultirung G.'s bereits drei Wochen bestanden haben und mit essigsaurer Thonerde, sowie vielen anderen antiseptischen Mitteln fruchtlos behandelt worden sein. G. injicirte 1000 Immunisirungseinheiten des Bujwid'schen Diphtherieheilserums. Drei Tage darauf war der Belag im Gliede gänzlich gewichen und man sah nur ein sehr oberflächliches Geschwür; die Haut an der Eichel war gerunzelt, was sehr deutlich auf ein vorher vorhanden gewesenes Oedem hinwies. G. verordnete nun 10proc. Dermatolstreupulver, unter welcher Behandlung das Geschwür am Penis innerhalb zwei Tagen gänzlich vertrocknete. Li.

N. A. Schurygin (Petersburg): **Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen membri virilis im Greisenalter.** Aus dem pathologisch-anatomischen Laboratorium der militär-medicinischen Academie in St. Petersburg. (Wiener med. Presse 1898, No. 44.)

Vorliegende Arbeit ist ein vom Autor abgefaßtes Excerpt seiner gleichnamigen Dissertationsarbeit. Untersucht sind die Membra von 21 Männern im Alter von 55—88 Jahren, wobei chronische Krankheiten, die einen Einfluß auf die Texturveränderungen im Membrum haben konnten, ausgeschlossen waren; die Untersuchung betraf Gefäße, Nerven, Nervenendigungen, Schwellkörper und Tunica albuginea. Im Anschluß daran wurde in drei Fällen auch die Clitoris untersucht, sowie in sechs Fällen das Lumbalmark. Die Resultate seiner Untersuchungen faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die stärksten Veränderungen zeigen die Blutgefäße. An den großen Arterien fanden sich in allen Fällen deutlich ausgeprägte Sclerose und Thromben, an den kleinen Arterien chronische Endarteritis mit Obliteration vieler dieser Aestchen; die Membrana elastica interna war in fast allen größeren Arterien verdickt, in einzelne Lamellen und lange Fasern gespalten, von denen viele in den sclerotischen Plaques manchmal wie hineingewachsen waren. Die Lumina der Arterien bedeutend verengt. An den Blutgefäßen der Nerven sind die Veränderungen auch in nicht hohem Alter deutlich ausgesprochen, manchmal hyaline Degeneration aufweisend. Die Sclerose an den großen Venen ist weniger ausgesprochen als an den großen Arterien.
2. Die Anzahl der Capillaren im ganzen Organ, besonders aber an der Glans

und am Langer'schen Netz ist im Vergleich zu jungen Individuen bedeutend verringert. 3. Die Atrophie der Nerven beginnt und ist stärker ausgesprochen an den dünnen Nervenästen und im höheren Alter, wobei sie eine Verminderung der Zahl der Nervenfasern und Bindegewebswucherung zwischen diesen zeigen. 4. Die Zahl der freien Nervenendigungen und der Meissner'schen Körperchen in den Hautpapillen der Glans ist bedeutend vermindert. 5. Die Nervenendigungen in den peripheren Apparaten, den Genitalkörperchen, atrophiren verhältnismäßig früh und zeigen feinkörnigen Zerfall; die Kapsel dagegen, besonders die innere, kann einige Zeit erhalten bleiben und atrophirt erst später; das ganze Genitalkörperchen verwandelt sich in einen kleinen, mit seröser Flüssigkeit erfüllten Hohlraum, in dem Zellen von verschiedener Form und Größe, atrophirte Lamellen und manchmal auch Leukocyten zu sehen sind. Im weiteren Verlauf collabiren diese Hohlräume und zeigen am Präparat manchmal eine kaum bemerkbare Spalte. Häufig sind an den Genitalkörperchen Blutungen zu finden. 6. Die Tunica albuginea sclerosirt frühzeitig, wird dichter, die Zahl der zelligen Elemente in ihr sinkt bedeutend, die Vascularisation ist äußerst gering. In noch höherem Alter verdünnt sie sich, zeigt Brüchigkeit beim Bereiten der Schnitte; häufig ist stellenweise hyaline Degeneration zu finden. 7. In den verdünnten Wänden der cavernösen Räume der Schwellkörper schwinden viele glatte Muskelelemente und werden durch grobfaseriges Bindegewebe ersetzt. Manchmal zeigen die glatten Muskelfasern fettige Entartung. 8. Die elastischen Fasern verändern sich im ganzen Organ ähnlich wie in anderen Organen im Greisenalter. 9. In der Lumbalanschwellung sieht man Neurogliawucherung und Vermehrung des Bindegewebes um die Gefäße, die dann verengt werden. 10. In den Ganglienzellen der Vorder- und Hinterhörner Ablagerung von braunem Pigment, manchmal in großer Menge. 11. Der Centralcanal von proliferirtem Epithel ausgefüllt. 12. Viele amyloide Körperchen in der weißen, weniger in der grauen Substanz. 13. Die Veränderungen im Lendenmark sind identisch bei Greisen und Greisinnen. 14. Gefäße, Nerven, freie Nervenendigungen und Genitalkörperchen zeigen an der Clitoris bedeutend geringere Veränderungen als an den Membris von Individuen gleichen Alters.

Die beschriebenen Veränderungen des Membrum und besonders der Blutgefäße, der Nerven und Nervenendigungen können an und für sich, ohne den Einfluß der im Gehirn und im Rückenmark belegenen Centren, die Ursache der Herabsetzung und des Verschwindens der sexuellen Thätigkeit im hohen Alter, d. h. der stationären Impotenz sein. Der successiven Atrophie der Gewebselemente entspricht auch der successive Uebergang zur Unthätigkeit des Organs. E. Samter (Berlin).

Ed. Lang: Foudroyante Gangrän der Penis- und Scrotalhaut. (Wien. med. Blätter 1898, No. 47.)

Der Proceß ist selten, sein klinisches Bild ist fast immer das gleiche. Ohne wahrnehmbare Ursache stellt sich acute Entzündung an der Haut des

Genitales unter hohem Fieber ein, nach einigen Tagen erfolgt unter Alteration des Allgemeinbefindens Gangrän der befallenen Cutis. In wenigen Fällen betrifft die Erkrankung nur einen Teil der Genitalien, gewöhnlich befällt sie die Haut des Penis und des Scrotums und überschreitet nach den bisherigen Erfahrungen nicht die Genitalregion. Die gangränöse Haut stößt sich ab, und die Heilung erfolgt ohne Fieber unter Granulationsbildung. Es handelt sich bei dieser Affection zweifellos um eine acute bacterielle Infection, wahrscheinlich bildet eine geringfügige Läsion die Eintrittsstelle. Practisch wichtig ist der Heilungsverlauf. Die Scrotalgangrän kann man der Granulation überlassen, dagegen würde der Penis in Folge der Narbenbildung zu einem unförmlichen Stumpf zusammenschrumpfen, wodurch die Potentia coëundi gestört oder vollständig aufgehoben würde. Bei dem in der k. k. Ges. der Aerzte in Wien vorgestellten Patienten, bei welchem venerische Infection, Gefäßanomalien, Diabetes, Malaria oder eine allgemeine Constitutionskrankheit nicht bestehen, schrumpfte das Scrotum in Folge der Granulationsbildung etwas zusammen, der Defect am Penis wurde durch einen von der linken Bauchseite entnommenen Lappen gedeckt, welcher gut anheilte. Die Form und Erectionsfähigkeit des Penis blieb erhalten.

Immerwahr (Berlin).

Dr. S. Ehrmann: **Das Tannoform in der Dermatotherapie.** (Wiener med. Blätter 1898, No. 46.)

Das Tannoform wirkt auf das Epithel wasserentziehend, ohne daß es Gerinnungen resp. Entzündungen verursacht. Diesen Einfluß des Tannoforms auf das Epithel kann man direct bei der Balanitis verfolgen. Nach Aufstäuben desselben merkt man, daß schon in einigen Stunden die blos aufgequollenen Epithelien der catarrhalisch afficirten Vorhaut trocken werden, die normale Beschaffenheit erlangen und sich nicht mehr abstoßen. Nur die bereits von ihrer Unterlage abgehobenen Oberhautpartien lösen sich definitiv los, worauf dann das rasche Verschwinden der Rötung, der Schwellung, des üblen Geruches und der Hypersecretion zu beziehen ist, während bei anderen Streupulvern auch die blos aufgequollenen Epithelien sich erst abstoßen müssen, bis der Proceß der Heilung beginnt. Das ungemein rasche Zurückgehen der Schwellung bei Balanitis und die fast plötzliche Sistirung der Hypersecretion und des üblen Geruches konnte Verf. in 68 Fällen beobachten.

Immerwahr (Berlin).

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Helion Popper (Posen): **Zur Behandlung der Pollutiones nocturnae und der Ejaculatio praecox.** (Deutsche med. Wochenschrift 1898, No. 44.)

28 Zu den rein functionellen Störungen der männlichen Geschlechtsthätigkeit gehören in erster Linie die Pollutiones nocturnae. Verf. hat in 14 Fällen

derart durch galvanische Behandlung Heilung erzielt. Bei allen bot das Nervensystem keine objective Störung dar, aber sie waren durch die gehäuft auftretenden Pollutionen in sehr deprimirter Stimmung, hielten sich für rückenmarkkrank etc. Die Patienten hatten sämtlich die verschiedensten Kuren ohne Erfolg versucht. Die locale Untersuchung ergab nun: Prostata nicht nennenswert vergrößert, bei einigen druckempfindlich. Die Bougirung der Urethra ergab beim Eintritt in die Pars prostatica eine auffallende Empfindlichkeit (bei allen 14 Patienten). Dazu kam, daß die Spiegelbeleuchtung eine Schwellung und Rötung des Caput gallinaginis zeigte. In Anbetracht des sonst negativen Befundes nahm Verf. in dieser abnormen Empfindlichkeit in der Gegend des Caput gallinaginis das Reizmoment an, welches den Reflex nach dem Ejaculationscentrum auslöste, und versuchte, durch örtliche galvanische Behandlung dieser Stelle die Ueberempfindlichkeit zu beseitigen. Der negative Pol wurde in Form einer etwa 50 qcm großen flachen Electrode auf die seitliche Blasengegend aufgesetzt, eine Katheterelectrode mit 1 cm langer, metallischer Spitze bis an das Caput gallinaginis vorgeschoben und unter leichtem Hin- und Herbewegen ein Strom von $1^1/_2$–2 Milliampère secundenweise 5—6mal hindurchgeleitet. Eine leicht brennende Empfindung dauerte kaum fünf Minuten, und beim nächsten Urinlassen, das frühestens nach zwei Stunden geschehen sollte, wurde noch ein leichtes Brennen empfunden, das aber bei der Wiederholung der Behandlung immer mehr abnahm und keinem der Patienten lästig war. In einem Falle schwanden die Pollutionen schon nach der zweiten Sitzung; in den meisten Fällen waren 5—6 Sitzungen in Intervallen von 6—8 Tagen erforderlich. Die Lebensweise war in keinem Falle geändert worden, nur wurde am Tage der Behandlung kein Alkohol genossen und der Stuhlgang, wo erforderlich, milde regulirt. In allen 14 Fällen war der Erfolg anhaltend. Nur in einem 15. Falle blieb die galvanische Behandlung ebenso wie jede andere Therapie erfolglos. — Nahe verwandt solchen Fällen von Pollutiones nocturnae sind Fälle, in denen bei fehlenden objectiven Krankheitserscheinungen, bis etwa auf träge Stuhlentleerung, das Hauptsymptom in der Unfähigkeit zum regelrechten Coitus wegen Ejaculatio praecox besteht. In sechs derartigen Fällen konnte Verf. nichts Abnormes als eine auffallende Ueberempfindlichkeit der Gegend des Colliculus seminalis constatiren. Deshalb wurde die gleiche intraurethrale galvanische Behandlung eingeleitet, und zwar mit bestem Erfolge; die Impotentia coeundi wurde prompt beseitigt. Die angewendete intraurethrale galvanische Behandlung ist natürlich kein allgemeines Heilmittel für alle Fälle von reizbaren Störungen des Ejaculationsapparates, sondern nur für diejenigen Fälle, in denen die Ursache der Störung in den peripherischen Nervenenden liegt und dem galvanischen Strom zugänglich ist.

R. L.

Dr. Alfred Götz: **Ueber Erection und Ejaculation bei Erhängten.** (Berliner Dissertation 1898. Ref. nach Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1898, No. 20.)

Auf Grund eingehender Litteraturstudien kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Erection und Ejaculation bei Erhängten als vitaler Vorgang auftreten und daß eine auf diesen Punkt gerichtete genauere Beobachtung ergeben würde, daß diese Erscheinung sogar sehr häufig vorkommt. Li.

Dr. A. Maximow: **Ueber Phlebolithen des Samenstranges.** (Letopis russkoi Chirurgii 1898, Heft 3.)

Es handelt sich um einen zufälligen Befund bei der Section eines Tabikers, der an Lungentuberculose starb. In einer varicösen Vene des rechten Samenstranges fand man 3 cm vom oberen Pol des Hodens entfernt einen Phlebolithen, der 2 cm im Durchmesser hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab homogene hyaline Substanz; das Centrum der Neubildung war erweicht und zum Teil verkalkt. Li.

K. Tomory (Caithness): **Notes of a Case of „Apparent" Supernumerary Testicle.** (The British Medical Journal, 15. October 1898.)

Der Fall betrifft ein $3^1/_2$jähriges, gesundes Kind, bei dem die Mutter anfangs Juni eine Geschwulst in der linken Leistenbeuge bemerkt hatte. Verf. sah das Kind ca. einen Monat später. Die Untersuchung ergab einen deutlichen Tumor oberhalb des linken Inguinalcanals; der äußere Abdominalring war links größer, als auf der rechten Seite. In der Mitte dieses Canals, in halber Entfernung zwischen Ring und Anfang des Scrotums befand sich ein harter, frei beweglicher Körper von der Form eines Hodens; er war etwas größer als eine Bohne und bedeutend größer als jeder der beiden Hoden, die normal waren. Bei Druck behält der Tumor seinen Platz, doch ist es möglich, ihn durch verschiedene Manipulationen durch den äußeren Ring zu ziehen. Ganz verwachsen scheint er weder mit der Canalwand, noch mit dem Samenstrang zu sein. Wird der Tumor zwischen den Fingern comprimirt, so äußert das Kind keine Schmerzempfindung; derselbe scheint also nicht empfindlich zu sein wie ein normaler Hoden. Einige Tage später konnte Verf. bei eingehenderer palpatorischer Untersuchung den Tumor durch den äußeren Ring zum Verschwinden bringen, nach fünf Minuten erschien aber der Tumor wieder; durch mehrfache Wiederholung dieser Manipulation wurde mit absoluter Sicherheit festgestellt, daß der Tumor nirgends adhärent ist. Sämtliche Mitglieder der Familie des Kindes waren vollkommen gesund und normal gebaut, bis auf einen Onkel, der einen retinirten Hoden hatte. Auch sonst bot die Anamnese gar keinen Anhaltspunkt zur Erklärung der geschilderten ungewöhnlichen Erscheinung.

Bezüglich der Diagnose kommen hier neben dem überzähligen Hoden noch folgende pathologische Zustände in Betracht: encystirte Hydrocele,

Epiploocele und Hydrocele des Samenstranges. Eine encystirte Hydrocele läßt sich leicht ausschließen, denn sonst wäre der Tumor nicht so frei beweglich und hätte sich ganz anders angefühlt. Ebenso sicher ist Epiploocele auszuschießen, weil der Tumor deutlich begrenzt war und weder mit dem Omentum, noch mit dem Darm irgend welche Adhärenz zeigte. Schließlich ist hier Hydrocele des Samenstranges höchst unwahrscheinlich, denn sonst hätte man irgendwo Adhärenz zwischen dem Tumor und den Canalwänden oder dem Samenstrang constatiren müssen. Und so gelangt Verf. per exclusionem zu der Annahme, daß der fragliche Tumor eine in ihrer Formation dem Hoden ähnliche Drüse darstellte, die eines Supplementsnerven ermangelte. Li.

Wallace (Calcutta): **Sarcomatöse Degeneration eines nichtdescendirten Testikels; Castration; Heilung.** (The Lancet, 17. September 1898.)

Ein 25jähriger Anglo-Indier von sonst gesunder und kräftiger Körperconstitution hatte seiner Angabe nach von Geburt an einen linksseitigen Cryptorchismus. Der kleine Tumor in der linken Schenkelbeuge ist bis vor etwa vier Monaten stets vollkommen schmerzlos gewesen. Dann stellten sich gelegentlich Schmerzen ein, die an Häufigkeit und Intensität zunahmen, während auch der Tumor selbst größer wurde. Das anfänglich dabei vorhandene Gefühl von Nausea ging später in wirkliches Erbrechen über, das dann immer heftiger und anhaltender wurde. W. constatirte in der linken Schenkelbeuge einen harten, empfindlichen, nicht fluctuirenden Tumor (der linke Testikel fehlte im Scrotum); auch der geringste Druck auf denselben verursachte eine Nausea. Unter der internen Anwendung von Magnes. sulf. mit Tartar. stib. in kleinen Dosen, der localen Application von Belladonna in Glycerin und anhaltender Bettruhe verschwanden innerhalb drei Wochen die Symptome vollständig. Nach Aufnahme der regelmäßigen Beschäftigung stellten sie sich indessen bald wieder ein. Es wurde nunmehr zur Entfernung des, wie man glaubte, incarcerirten Testikels geschritten. Die Castration gelang leicht und ohne wesentlichen Blutverlust. Patient konnte als vollkommen geheilt entlassen werden. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Testikels ergab, daß er vollkommen in ein Rundzellensarcom umgewandelt war, man konnte kaum noch Spuren des normalen Drüsengewebes erkennen. Doch ließ sich ersehen, daß vor der Entwickelung des Neoplasmas eine Hydrocele und entzündliche Veränderungen vorhanden gewesen waren, welch letztere sich auch jetzt noch mikroskopisch durch das Vorhandensein von Eiter documentirt hatten. Loewenthal.

Dr. Esprit: **Tumeur du scrotum déterminée par des embryons de ver de Guinée.** (Archives de médecine et de pharmacie militaire, Mai 1898.)

Bei dem Patienten, der sich mehrere Jahre am Senegal aufgehalten hatte, entwickelte sich im Zellgewebe des Hodensackes innerhalb einiger

Wochen eine Geschwulst. Durch mehrere Einschnitte wurde aus derselben eine dünne, wässerig-blutige Flüssigkeit entleert, worauf sich die Geschwulst zwar verkleinerte, jedoch nicht verschwand. Die Geschwulst wurde dann exstirpirt. Sie bestand aus einem maschigen fibrinösen Gewebe, in welchem zahlreiche weiße, stecknadelkopfgroße Körperchen eingebettet waren. Letztere erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Embryonen von Filaria medinensis, welche sich in verschiedenen Entwicklungsstadien befanden. Von dem Patienten erfuhr Verf., daß derselbe vor vier Jahren an derselben Stelle eine ähnliche Geschwulst gehabt hatte, und daß damals nach Abheilung der Geschwulst zwei Medinawürmer durch die Haut abgegangen waren. Jetzt war es nicht der Fall, trotzdem führt Verf. die Entstehung der gegenwärtigen Geschwulst ebenfalls auf die Invasion eines Medinawurmes zurück, der aber jetzt den Körper seines Wirtes unbemerkt verlassen haben mußte. Li.

VII. Blase.

R. E. Graham (Columbia): **The Use of Pyoktanin in the Treatment of Cystitis.** (The New York Medical Journal, 25. Juni 1898.)

In der Annahme, daß jede Entzündung der Blase und Harnröhre durch Mikroorganismen verursacht wird, befürwortet Verf. eine antibacterielle Behandlung derselben. Die üblichen Antiseptica reizen aber entweder bei genügender Concentration die Blase, oder ihre Wirkung hält nur kurze Zeit an. Diese Mängel besitzt das Pyoktaninum caeruleum nicht; seine Wirkung dauert einige Tage an, es reizt selbst in concentrirter Lösung, ja sogar in Pulverform nicht. In mehreren Fällen hat Verf. die günstige Wirkung des Mittels erprobt, von denen er vier ausführlich wiedergiebt. Von diesen wurde der erste geheilt; die übrigen wurden wesentlich gebessert, entzogen sich aber zu früh der Behandlung. Im ersten Falle handelte es sich um eine chronische Cystitis bei einem 65jährigen Manne mit Spasmus der Urethra (die Krankengeschichte läßt die Ursache der Cystitis bezweifeln): nach Spülung der Blase mit sterilem Wasser wurden ein paar Drachmen gesättigter Pyoktaninlösung eingespritzt und wenig Wasser zur Reinigung des Katheters vom Medicament eingelassen; nach 1—2 Minuten wurde die Blase mit Wasser gefüllt und so lange gespült, bis das Wasser klar und farblos ablief. Alle zehn Tage wurde das Verfahren wiederholt; die anfänglichen Schmerzen wurden durch Codein beseitigt. Die Harnröhrs wurde beim Herausziehen des Katheters mit der Lösung einmal bespült; danach völlige Heilung auch der angeblich durch Spasmus urethrae bedingten Urinretention. Im zweiten und dritten Falle wird die Ursache der chronischen Cystitis nicht angegeben, im vierten Falle fand sie sich bei Prostatahypertrophie. Blanck (Potsdam).

Prof. Dr. Posner (Berlin): **Cystitis und Pyelitis nach schwerem Unfall.** (Gutachten, erstattet für eine Berufsgenossenschaft. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, 3. Folge, XVI, 1.)

Der jetzt 19jährige Patient ist am 12. 2. 94 durch Einsturz des Daches seines Arbeitsraumes verunglückt. Die Trümmer trafen ihn hauptsächlich an der rechten unteren Körperseite; er erlitt einen doppelten Bruch des Unterschenkels, Bruch des Schenkelhalses und Schaufelbeins, sowie eine Quetschung der Wirbelsäule in der Gegend der Lendenwirbel. Gleichzeitig damit trat Harnverhaltung auf, so daß Patient mehrmals katheterisirt werden mußte. Am 14. Juli 1894 konnte er aus dem Krankenhause entlassen werden mit consolidirten Brüchen und bestehendem Blasencatarrh, der Ende 1894 unverändert fortdauerte. Die Blase selbst war schmerzhaft und auf Druck empfindlich, es trat häufiger Drang zum Urinlassen ein, es mußte der Katheter sehr oft angewendet werden, ja mitunter tagsüber liegen bleiben, um eine völlige Entleerung der Blase zu ermöglichen. Der Urin war eitrig. Im September 1895 zeigten die Blasenerscheinungen eine Besserung insofern, als Patient den Katheter nicht mehr brauchte, sondern nur unter erhöhtem Harndrange und Schmerzen zu leiden hatte. Im September 1896 jedoch trat eine Verschlimmerung ein: die Blasenbeschwerden steigerten sich, es stellten sich Schmerzen in der rechten Nierengegend ein, der Harn wurde viel eitriger, trotz angewandter Blasenspülungen. Auch noch im Juli d. J. hielt dieses Befinden an, durch welches auch Allgemeinzustand und Ernährung des Patienten im hohen Grade beeinträchtigt wurde. Zu dieser Zeit trat der Patient in die Behandlung des Verf.'s ein.

Letzterer suchte zunächst festzustellen, ob es sich ausschließlich um eine Affection der Blase handelte, oder ob die Nieren (bezw. ob eine von beiden oder beide) ergriffen seien, und nahm vor Allem eine Untersuchung des Harns vor. Derselbe bot folgenden Character: er wurde in ungefähr normaler Menge entleert, war von hellgelblicher Farbe, saurer Reaction und sofort bei der Entleerung stark getrübt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Trübung auf Anwesenheit zahlreicher Eiterzellen — es wurden 8 — 10000 bei immer wiederholten Zählungen in cmm ermittelt — beruhte. Characteristische Epithelzellen fehlten. Außerdem fanden sich massenhafte stäbchenförmige Bacterien, die sich bei der Cultur als Bac. coli erkennen ließen. Die chemische Untersuchung ergab ca. $1^1/_2$ pro mille Eiweiß. Mithin lag auch eine Affection der Nieren vor. Durch wiederholte Cystoskopie wurde die Erkrankung der Nieren bestätigt und gleichzeitig festgestellt, daß es sich um ein Ergriffensein beider Nieren und zwar um eine doppelseitige Nierenbeckeneiterung handelte. Im völligen Einklang damit stand der Einfluß der eingeleiteten Behandlung. Patient wurde erstens weiter mit Blasenausspülungen (Borsäure, Höllenstein) behandelt und erhielt außerdem innerliche Mittel, die auf Blasencatarrhe einen

günstigen Einfluß zu äußern pflegen (Salol, Urotropin); es gelang aber auf keine Weise, eine irgendwie ersichtliche Besserung in seinem Befinden zu erzielen. Es blieben sowohl die subjectiven Beschwerden die gleichen, auch zeigte der Urin unverändert denselben Character.

Was nun die Natur der Erkrankung betrifft, namentlich die Entscheidung der Frage, ob die Krankheit die directe Folge des Unfalls ist, so käme hier nach dem hier ausgeprägten Symptomenbilde und dem Character des Urins außer dem Unfall noch die Möglichkeit in Betracht, daß es sich um eine Tuberculose handle. Dafür könnte sprechen der verschleppte Verlauf, die heftigen Beschwerden, das Darniederliegen der Körperkräfte und die andauernd saure Reaction des Urins. Es hat aber die bacteriologische Untersuchung des Harns keinen Anhaltspunkt hierfür ergeben: in immer wieder angefertigten Präparaten ist niemals der Nachweis eines Tuberkelbacillus gelungen. Da sich vielmehr constant der Befund des gewöhnlichsten Infectionsträgers von Blasen- und Nierenbeckeneiterungen, des Bacterium coli, ergab, so muß dieses als alleiniger Erreger in Anspruch genommen werden. Von diesem Befunde ausgehend und die Krankengeschichte des Patienten sorgfältig analysirend, gelangt Verf. zu folgendem Schlusse über den Vorgang, der zu der Erkrankung der Nieren geführt hat:

1. Der Patient hat durch seinen Unfall eine centrale Blasenlähmung erlitten.

2. An diese Blasenlähmung hat sich zunächst ein schwerer Catarrh der Blase angeschlossen.

3. Von diesem Blasencatarrh aus hat eine Infection beider Nieren stattgefunden.

Somit betrachtet Verf. die bestehende Nierenkrankheit als directe Folge des Unfalls. Bezüglich der Erwerbsunfähigkeit lautet nun das Gutachten des Verf.'s folgendermaßen:

1. In Folge der doppelseitigen Nierenbeckeneiterung sind die Kräfte des Patienten derartig untergraben, daß derselbe als vollständig erwerbsunfähig bezeichnet werden muß.

2. Da wir nicht im Besitz von Mitteln sind, durch welche diese doppelseitige Nierenbeckenerkrankung direct bekämpft oder gehoben werden kann, wird voraussichtlich die Erwerbsunfähigkeit des Patienten eine dauernde sein.

Li.

Collier (London): **Spontane Entwickelung einer Blasenfistel in der Schenkelbeuge bei Paraplegie mit Urinretention.** (The Lancet, 16. Juli 1898.)

Ein 48jähriger Mann ist bis vor zwei Jahren stets gesund gewesen. Dann stellten sich nach einander in beiden Beinen rheumatoide Schmerzen und Schwäche ein, die allmählich zu einer vollkommenen Paralyse führte. Außerdem entwickelte sich eine Blasenlähmung mit Urinretention nebst cystitischen Erscheinungen, wodurch regelmäßige Katheterisation und Irri-

gationen erforderlich wurden. Letztere Maßnahmen wurden nach sieben Monaten eingestellt, nachdem sich die Blasenerscheinungen gebessert hatten. Nach Angabe des Patienten soll sich indessen bald ständiges Urinträufeln eingestellt haben. Auch konnte er permanent oberhalb der Symphyse eine rundliche Anschwellung (die distendirte Blase) fühlen. Schmerzen bestanden indessen nicht. Vor etwa einem Jahre bildete sich in der rechten Schenkelbeuge schmerzlos ein Absceß, nach dessen Durchbruch sich von der Zeit an der ganze Urin stets durch diese Oeffnung entleerte; durch die Urethra trat nur gelegentlich etwas Eiter aus. Die Lähmung soll sich seit der Zeit etwas gebessert haben. Gegenwärtig bestehen die gewöhnlichen Erscheinungen einer transversalen Lumbarmyelitis mit reflectorischer Mastdarmincontinenz. Durch die Urethra entleert sich kein Urin, doch ist dieselbe auch für einen stärkeren Katheter bequem durchgängig. In der rechten Schenkelbeuge befindet sich eine Oeffnung, durch die man in einen etwa 3 Zoll langen und nach der Blase hin verlaufenden Fistelgang gelangt, aus dem beständig Urin abträufelt. Die Haut rings um diese Oeffnung ist in einer Ausdehnung von einigen Zoll entzündet und mit großen nässenden Papeln bedeckt. Der aus der Blase mittelst Katheter entleerte Urin (ca. 90 g) zeigt in ausgesprochener Weise die für eine chronische Cystitis characteristischen Veränderungen. Die leere Blase ist klein und contrahirt (es gelingt auch unter stärkerem Druck nicht, mehr wie 90 g Wasser hineinzubringen). Offenbar ist die Blasenfistel durch einen perivesicalen Absceß verursacht, dessen Bildung durch eine in Folge der ständigen Distension und Entzündung der Blase eingetretene Ruptur der Blasenwand herbeigeführt worden ist. Der schmerzlose Verlauf des ganzen Prozesses ist durch die in Folge der Myelitis verringerte Sensibilität verursacht worden. Die Aetiologie der Myelitis selbst blieb bei dem Falle gänzlich in Dunkel gehüllt. Loewenthal.

Bataschow (Tula): **Beitrag zur Casuistik der Verletzungen der Harnblase bei Operationen.** (Wratschewnyja Sapiski 1898, No. 13.)

Die 55jährige Patientin wurde wegen eines Tumors des Ovariums laparotomirt. Die Geschwulst war mit sämtlichen benachbarten Organen und Geweben: mit dem Omentum, mit dem Peritoneum parietale, mit den Därmen, der Harnblase und der hinteren Beckenwand verwachsen. Bei der Durchschneidung der Bauchwand oberhalb der Symphyse wurde auch die Harnblase mit durchschnitten, da sie in Folge der Verwachsungen der Geschwulst weit über die Grenzen der Symphyse nach oben gezogen war; aus der Harnblase entleerte sich ein geringes Quantum durchsichtigen Harns, obgleich die Patientin vor der Operation gründlich katheterisirt worden war. Die Harnblasenwunde wurde mittelst ununterbrochener Seidennaht in zwei Etagen vereinigt. Bei der weiteren Ausführung der Operation wurde die Harnblase zum zweiten Mal, und zwar jetzt in ihrem hinteren Teile durchschnitten.

Die zweite Wunde wurde ebenso behandelt, wie die erste. Beide Verletzungen wurden von beträchtlicher Blutung begleitet. Nach Entfernung des Ovarialtumors wurde die Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült; in den unteren Winkel der Wunde brachte man zwei Gazetampons und einen Katheter à demeure. Der postoperative Verlauf ließ annehmen, daß die Wunden der Harnblase geheilt waren. Die Heilung der Bauchwunde erfolgte per primam. Die Patientin ging jedoch zehn Tage nach der Operation an Herzschwäche zu Grunde. Li.

H. Littlewood (Leeds): **Case of Intra-peritoneal Rupture of the Urinary Bladder; Abdominal Section; Suture; Recovery.** (The Lancet, 1. October 1898.)

Fälle von erfolgreicher Naht der Harnblase nach intraperitonealer Ruptur derselben sind ein äußerst seltenes Vorkommnis; in Folge dessen dürfte folgender Fall der Mitteilung wert sein. Derselbe betrifft einen 28jährigen jungen Mann, der eines Nachts stark betrunken nach Hause kam. Er klagte die ganze Nacht und auch des Morgens über Schmerzen im ganzen Körper. Der um $10^1/_2$ Uhr hinzugerufene Arzt constatirte außerordentliche Empfindlichkeit des Abdomens und Zeichen von Flüssigkeitsansammlung in der Peritonealhöhle. Puls 88, weich; Atmung 18. Pat. versicherte, seit gestern Abend keinen Urin gelassen zu haben, trotzdem konnten bei der Katheterisirung nur 2 Unzen Urin entfernt werden. Am nächsten Tage derselbe Zustand. Mittelst Katheters wurde nur 1 Unze Harn entfernt, dagegen konnte die Anwesenheit von Flüssigkeit in der Bauchhöhle mit Sicherheit festgestellt werden. Temperatur normal, Puls 100. Man diagnosticirte intraperitoneale Ruptur der Harnblase und schritt sofort zur Operation. In der Mittellinie des Abdomens wurde oberhalb der Symphyse eine 3 Zoll lange Incision gemacht. Bei der Eröffnung der Peritonealhöhle stieß man auf eine große Quantität Flüssigkeit, die etwas trübe und augenscheinlich Harn war. Die Flüssigkeitsmenge wurde nicht gemessen, konnte jedoch auf 3—4 Pinten taxirt werden. Nachdem die Flüssigkeit durch Schwämme aufgesogen worden war, bemerkte man, daß einige Darmschlingen entzündet waren; zwischen einigen Darmschlingen fanden sich zahlreiche Eiterflocken. Der Riß der Harnblase befand sich in der Mittellinie und war $1^1/_2$ Zoll lang; er wurde mittelst 8 oder 10 Catgutnähte No. 0 nach der Lembert'schen Methode geschlossen. Die Blasenwände waren dicht und scheinbar vollkommen gesund, so daß man an der Haltbarkeit der Naht nicht zu zweifeln brauchte. Säuberung des Peritoneums mittelst Schwämme, Einführung einer Bantock'schen Röhre in das Becken, Schließung der Bauchwunde. Die Operation dauerte über 1 Stunde. Nach 48 Stunden konnte man die Bantock'sche Röhre bereits entfernen. Die Einführung eines Katheters war nicht erforderlich; 6 Stunden nach der Operation urinirte der Patient spontan, und seitdem erfolgte die Urination in regelmäßigen Zwischenpausen ohne jegliche Beschwerden. Mit einer einzigen Ausnahme war der Patient während der

gesamten Nachbehandlungsperiode fieberfrei, trotzdem zur Zeit der Operation zweifellose Zeichen von Peritonitis bestanden haben. Nach 3 Wochen wurde der Patient vollständig geheilt entlassen. Li.

Frank: Implantation der Ureteren in den Mastdarm wegen Ectopia vesicae. Demonstrirt in der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien. (Wiener medicinische Blätter 1898, No. 43.)

Der 16jährige Patient bot das gewöhnliche Bild der Ectopia vesicae, es bestand Epispadie und ein Symphysenspalt; Patient hatte aber keine Hernien und keinen Cryptorchismus, welche mit der Blasenectopie gewöhnlich gemeinsam vorkommen. Die Operation wurde nach Maydl ausgeführt. Die Blase wurde umschnitten, mobil gemacht, ein Stiel aus Ureteren und Bindegewebe lospräparirt, bis die Wendung der Blase vorgenommen werden konnte; dann wurde die Blase auf $4^1/_2$ und 2 cm im Durchmesser verkleinert, die Flexur vorgezogen und an der vom Mesenterium abgewendeten Partie eingeschnitten, die Blasenwand einwärts geschlagen, in den Schlitz eingenäht und das Ganze versenkt. Die Bauchöffnung wurde nach Möglichkeit geschlossen. In den Mastdarm wurde ein Drainrohr eingeführt, durch welches nach Analogie der Heberdrainage nach Dittel vermittelst eines Schlauches Urin und Fäces in ein Gefäß abgeleitet werden. Flüssige Diät und Opium, glatter Heilungsverlauf. Das Drainrohr, neben welchem kein Tropfen Urin vorbeifloß, wurde am 20. Tage entfernt. Die ersten Tage konnte Patient den Urin 1—$1^1/_2$ Stunden halten, bei Nacht bekam er 2—3mal Stuhldrang; nach kurzer Zeit hielt er den Urin am Tage bis zu 5 Stunden, in der Nacht wurde er überhaupt nicht mehr geweckt. 5 Wochen nach der Operation entlassen, kehrte er nach $2^1/_2$ Monaten wieder zurück, um sich die Epispadie operativ beseitigen zu lassen.

Schnitzler implantirte zur Beseitigung einer in Folge Verletzung bei einer Vaginaloperation entstandenen Ureterfistel den erweiterten Harnleiter in den Mastdarm. Bei einer Frau, welche an einem inoperativen Carcinom litt, der bereits die Blase ergriffen hatte, implantirte Sch. den rechten Ureter in's Colon ascendens, den linken in's Colon descendens. Bei der Section zeigte sich rechts schwere Pyelitis; an der Stelle, wo der Urin die Darmschleimhaut benetzte, war dieselbe necrotisch, vielleicht nur in Folge des zersetzten Urins. Immerwahr (Berlin).

Miculicz: Ectopia vesicae congenita. (Medicinische Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur, Sitzung vom 2. Dezember 1898.)

M. stellt einen Kranken mit Ectopia vesicae congenita vor, dem er ein Stück des untersten Ileum in die Bauchwand eingepflanzt, nach und nach aufgeschnitten und mit den vorhandenen Blasenteilen vereinigt hat. Es soll nun das neugebildete Organ nach außen geschlossen werden und wird voraussichtlich ein Hohlorgan von reichlich $^1/_2$ l Volumen bilden.

Der Vortragende schildert die Nachteile der bisherigen Methoden und betont, daß die Operirten wegen der geringen Continenz zumeist an Blasencatarrhen viel zu leiden hatten und häufig an Pyelitis zu Grunde gingen. Er hatte Gelegenheit, einen der günstigsten von Trendelenburg operirten Fälle nachzubehandeln, dessen Blase spontan 120 ccm fasste und sich auf 150 ccm ausdehnen ließ Auch gegen die Einpflanzung der Ureteren in den Mastdarm liegen mannigfache Bedenken vor. Löwenheim (Liegnitz).

Dr. Molteni: **Un caso di singhiozzo d'origine vesicale.** (Gazz. degli ospedali e delle clin. 1898, No. 61. Ref. nach Centralblatt für Chirurgie.)

Verf. berichtet über einen Singultus bei einem Prostatiker, der nach einem unreinen Katheterismus unter hohem Fieber, Unruhe, belegter Zunge, Diarrhoe, Tympanie und Schmerzen im Unterleib an einer Cystitis erkrankte. Nach einer Guyon'schen Argentum nitricum-Instillation verschwand mit den Symptomen des Blasencatarrhs auch der Singultus. Li.

VIII. Ureter, Niere etc.

Dr. Fritz Blumenfeld: **Ureterenverletzungen bei Laparotomie.** (Münchener med. Wochenschr. 1898, No. 31 u. 32.)

Verf. bespricht in dieser Arbeit an der Hand der Litteratur und zweier Fälle aus der Universitätsfrauenklinik zu München die bei Laparotomien zur Exstirpation großer Unterleibstumoren vorkommenden Verletzungen der Ureteren, die bekanntlich hin und wieder selbst dem geübtesten Operateur passiren. Die Verletzung der Harnleiter besteht entweder in ihrer Unterbindung oder Durchschneidung beziehungsweise in Unterbindung und Durchschneidung. Drittens können die Harnleiter in Folge der Verwachsungen mit der Geschwulst bei deren Herausnahme gezerrt und dadurch verletzt werden; diese Art von Verletzung will Verf. von seiner Besprechung ausschließen. Es folgt nun zunächst eine Zusammenstellung aus der Litteratur, in welcher besonders Fälle von Gusserow, Tauffer, Martin, Dorff, Kelly etc. referirt werden. In einem Teil der Fälle gelang es, nachdem die Verletzung des Ureters noch rechtzeitig bemerkt worden war, durch Exstirpation der betreffenden Niere die Kranken zu retten. In den beiden vom Verf. näher geschilderten Fällen v. Winckel's trat der Tod an Peritonitis ein, in einem der Fälle, wie Verf. nachweist, nicht als Folge der Ureterenunterbindung, welche keine totale war (der Ureter war noch für eine Sonde durchgängig, wegen Lockerung der Ligatur). Zum Schluß bespricht Verf. noch die anatomischen Verhältnisse, welche die Gefahr einer

Ureterenverletzung bei der Exstirpation großer Unterbauchtumoren herbeiführen. Oft liegt der Grund in der starken Dislocation des Ureters, da er an einer Stelle liegt, wo man ihn nicht vermuten kann. Meist findet sich die Verletzung 5—8 cm von der Blaseninsertion des Ureters entfernt, eine Stelle, welche ziemlich der Kreuzung des Ureters mit der Art. uterina entspricht; die Mehrzahl der Ureterverletzungen ereignen sich daher wohl bei der Unterbindung der Art. uterina resp. ihrer Aeste oder der von der Arterie versorgten Adhäsionen. R. L.

Dr. Oscar Reichel (Wien): **Zur Frage des Oedems bei Nephritis.** (Centralbl. für innere Medicin 1898, No. 41.)

Zu der viel besprochenen Frage von der Ursache des Oedems bei Nephritis hat Verf. bereits 1892 einen beachtenswerten Beitrag geliefert. Er hat nämlich damals, gestützt auf die experimentellen Ergebnisse Landerer's, die Theorie aufgestellt, daß das Oedem bei Nephritis als Folge physikalischer Alteration der Gewebe aufzufassen sei, die durch Retention toxischer Substanzen im Blute bei Insufficienz der Nierenthätigkeit herbeigeführt werde. Es handelte sich aber noch darum, in irgend einer Weise den Nachweis zu führen, daß das Gewebe eines Nephritikers thatsächlich physikalisch alterirt sei, eine eventuelle physikalische Gewebsläsion direct aus den Functionen des Gewebes nachzuweisen. Verf. unternahm in Folge dessen vergleichende Untersuchungen über das Resorptionsvermögen des subcutanen Gewebes bei nephritischen Individuen und im Gegensatz dazu bei Kranken mit cardialer Stauung und bei Leuten mit gesundem Circulationsapparat. Der Gang der Versuche war folgender: Nephritikern ohne Oedem wurde an verschiedenen Stellen des Körpers, so an der Vorderfläche des Unterschenkels, des Vorderarmes, sowie am Rücken neben der Wirbelsäule, in der Kreuzbeingegend unter relativ geringem Druck physiologische Kochsalzlösung in der Menge von ungefähr 50 ccm subcutan infundirt und die Resorption der Flüssigkeit verfolgt. Dieselbe läuft derart ab, daß während und nach der Infusion ein umschriebener Buckel an jener Stelle zu sehen ist, der sich alsbald ausbreitend einer ödematösen Infiltration der Haut Platz macht. Da ergab sich nun, daß sich Nephritiker in Bezug auf die Resorption der infundirten Flüssigkeit in auffallender Weise von anderen Kranken unterschieden; man könnte beinahe sagen: Nephritiker resorbiren nicht. Während nämlich bei Gesunden in einigen Stunden das Oedem nach einer derartigen Infusion verschwindet, bei Kranken mit cardialer Stauung oder bei localer Stauung und Infusion an der gestauten Stelle höchstens 2—3 Tage noch leichtes Oedem nachweisbar ist, brauchen Nephritiker bis zum vollständigen Schwinden des Oedems mindestens 2—3mal so lange, also 5, 8, 10 Tage. Aus diesen Ergebnissen geht hervor, daß die Resorption von Gewebsflüssigkeit bei Nephritikern sich anders verhält, als bei gesunden Nieren. Ein Zusammenhang dieser Thatsache mit dem Auftreten der nephritischen Oedeme erscheint zum mindesten wahrscheinlich. Li.

Docent Dr. Norbert Ortner (Wien): **Diätetische Therapie des chronischen Morbus Brightii.** (Die Heilkunde. Juli 1898.)

Die Diätetik des chronischen Morbus Brightii parenchymatosus hat die nachfolgende Aufgabe zu erfüllen: Sie muß trachten, den Körperbestand des von einer zur Kachexie führenden Krankheit behafteten Individuums zu erhalten, wenn nötig, sogar zu heben, und muß hierbei sich jener Nahrungsmittel bedienen, welche eine thunlichst geringe Anforderung an die Nierenthätigkeit stellen, und jene Nahrungsmittel vermeiden, welchen eine erwiesene, nierenschädigende Fähigkeit eigen ist. Exclusive Milchdiät genügt allen vorgesetzten Forderungen nicht. Zudem ist es nur einzelnen Kranken möglich, Monate hindurch täglich 3 –3½ l Milch als einzige Nahrung zu genießen. Es stellen sich häufig nur zu bald Widerwillen, bei vielen Menschen Digestionsstörungen ein. Ein an chronisch-parenchymatöser Nephritis erkranktes Individuum trinke täglich mindestens etwa 1—1½ l Milch. Damit die in den Magen eingeführte Milch auch im Darm gehörig zur Resorption gelangen kann, speciell ihr Fett und der Milchzucker, empfiehlt es sich, der Milch Alkalien, sei es Natr. bicarbonicum oder Kalkwasser, oder ein alkalisches Mineralwasser, zuzusetzen, oder man folgt Potain's Vorgehen, welcher nach jeder Quantität eingenommener Milch eine bestimmte Menge Pancreatin, und zwar 0,01 bis 0,02 g, einnehmen läßt. Die Milch wird derart genommen, daß jede zweite Stunde eine Tasse, ca. 100—150 g — auch während der Nacht — getrunken wird. Bezweckt man, mit der gegebenen Nahrung auch die Diurese zu erhöhen, so giebt man an Stelle der Milch eine diuretisch wirkende Molke, nämlich die Weinsteinmolke, täglich ebenfalls 1—1½ l. Bezüglich des Fleisches betont Verf. in erster Linie, daß bestimmte Gattungen desselben zu verbieten sind. Nur mit Vorsicht und wohl nur ausnahmsweise darf man Rindfleisch genießen lassen, da der Gehalt desselben an Extractivstoffen größer ist als jener der weißen Fleischsorten. Vollständig zu verbieten sind Wildpret und Würste. Der Gebrauch von Räucherwaaren ist einzuschränken. Die erlaubten Fleischarten sind die Sorten des sogenannten weißen Fleisches, von dem man dem Kranken täglich doch mindestens 150 g (roh gewogen), entsprechend 30 g Eiweiß, verabreicht. Hierher zählt das Fleisch unseres zahmen Geflügels, das frische Schweinefleisch (Jungschweinefleisch) und endlich das Kalbfleisch. In ähnlicher Weise wie das Rindfleisch wird man auch das Hammelfleisch nur ausnahmsweise genießen lassen, während das Lammfleisch häufigere Nutzanwendung erfahren sollte. Auch fette Leber, demnach im besonderen die Gansleber hält Verf. für ein geeignetes Nährmittel, ebenso wie die Sorte der gelatinösen Fleischsorten, namentlich die Kalbsfüße und Kalbsohren, speciell in der Form eines Gelées. Was die Fische betrifft, so ist in erster Linie der Genuß aller Meerfische für unsere Gegenden nur mit äußerster Vorsicht zu gestatten. Auch bestimmte Süßwasserfische, wie Lachs, Aal und Stör, werden besser aus dem Speisezettel eines chronischen Brightikers gestrichen, desgleichen der Caviar. An Fischen wären demnach — außer unseren gewöhnlichen einheimischen Fluß- und

Seefischen — nur zu gestatten etwa Schellfisch, Stockfisch und frische Sardinen. Genuß von Froschschenkeln und frischen Austern ist statthaft; der von Krebsen und Hummer aber nur ausnahmsweise. Eier in mäßiger Zahl zu genießen, und zwar speciell weichgesottene, darf für den Brightiker bedingungslos als unschädlich, um nicht zu sagen ratsam betrachtet werden. Strenge Sichtung erfordert die Summe der uns als Nähr- resp. Genußmittel dienenden Gemüse. Zu untersagen ist der Genuß jener frischen Gemüse, welche sehr reich an Stickstoff und Kali sind, wie Kohl, Sauerkraut, Spargel, Kresse, Spinat, Artischoke, Rettige, Petersilie und Sellerie. Erlaubt hingegen sind der Blatt- und Endiviensalat, weiße, rote und gelbe Rüben, Kohlrabi, Kartoffel, speciell in Puréeform zubereitet, ebenso die Hülsenfrüchte (Erbsen und Linsen). Paradiesäpfel und Sauerampfer endlich sind zu verbieten wegen ihres relativ bedeutenden Reichtums an Oxalsäure, alle Schwämme hinwieder wegen ihres großen Gehaltes an Stickstoff. Kohlehydratnahrung ist dem Brightiker nicht blos nicht gestattet, sondern direct verboten. Deshalb empfiehlt sich für denselben der Genuß von Leguminosen, weiter der Cerealien, worunter besonders Reis, Gerste und Gries, die aus Weizenmehl hergestellten Gebäcke (Nudeln, Graupen und Maccaroni), des Weiteren Genuß von Kartoffeln. In gleicher Weise empfehlenswert ist der Genuß aller denkbaren Milch- und leichten Mehlspeisen. Auch Brot kann der Brightiker unbedenklich zu sich nehmen, vielleicht am ratsamsten Grahambrot; Früchte sind bei jedem Morbus Brightii ohne Weiteres erlaubt. Auch der Genuß von Gefrornem erscheint statthaft, soweit nicht nierenschädigende Gewürze hierzu verwendet werden. Genuß von Fett ist dem Brightiker intensiv anzuraten, allerdings erscheint eine bestimmte Auswahl unter den Fetten rätlich. Statthaft ist das Fett der Milch, Rahm, Butter, Jungschweinefett, Speck und Olivenöl. Was nun die Frage der Getränke betrifft, so soll das tägliche Maß der vom Brightiker eingenommenen Flüssigkeit nach Verf. nicht mehr als $1^1/_2$—2 l betragen. Nur Milch macht diesbezüglich eine Ausnahme; von dieser kann der Kranke, unbekümmert um sonstige Getränke, nutzbringend täglich 1—2 l verzehren. Fast bedingungslos zu verbieten ist jeder concentrirte Alkohol, welcher höchstens dann verabreicht werden darf, wenn Zeichen von Herzschwäche im Gefolge der Nierenaffection sich einstellen. Demgemäß ist zu untersagen jeder Genuß von Schaumwein, von gewöhnlichem roten und weißen Wein; nur geringe Menge von Chaudeau, den die Kranken meist gern nehmen, können erlaubt werden. Bier hingegen kann man sogar bis zu einem gewissen Grade als stellvertretendes Getränk für Milch bei jenen Kranken gelten lassen, welche Milch nicht vertragen, während gleichzeitige Milchdiät und Biergenuß erfahrungsgemäß nicht zuträglich sind. Allerdings sind hierbei nur malzreiche, braune Biere zu verwenden, wie z. B. Ross'sche Kraftbier. Ein dem Speisezettel eines Brightikers bedingungslos fehlendes Getränk ist der Most, speciell der Apfelmost; denn seine diuretische Wirkung ist identisch mit einer Reizwirkung auf die Nieren, welche selbstredend hintan zu halten ist. Thee und Kaffee in kleinen Mengen speciell als Frühstück und unter Zusatz von relativ viel Milch oder Rahm

eingenommen, können nach Dafürhalten des Verf.'s selbst kranke Nieren nicht verletzen, demnach einem an chronisch-parenchymatöser Nephritis leidenden Individuum nicht verboten werden. Man könnte sogar im geringen Gehalte beider Genußmittel an Coffein und Thein eine zweckdienliche, weil einerseits diuretische, andererseits cardiotonisirende Componente erblicken. Namentlich empfehlenswert erscheint aber als Frühstück des chronischen Brightikers der Cacao und noch mehr die Chocolade als Zusatz zur Milch; jedoch ist jede gewürzte Chocolade für die Brightiker unstatthaft. Für besonders empfehlenswert hält Verf. v. Mering's Kraftchocolade. Erlaubte Getränke endlich sind die Citronenlimonade und dann Obstsäfte.

Bezüglich der Art der Mahlzeitenverteilung ist dem Brightiker zu raten, sich jeder quantitativ reichlicheren Einzelmahlzeit zu enthalten, vielmehr täglich öfters dafür stets nur kleinere Rationen dem Magen zuzuführen.

Der an Morbus Brigthii parenchymatos. chronic. leidende Kranke hüte sich ferner vor jeder Erkältung, da diese anerkanntermaßen die Gefahr einer acuten Exacerbation der chronischen Entzündung heraufzubeschwören vermag. Aufenthalt im gleichmäßig warmen Klima, daher im Winter womöglich im Süden. Tragen guter Fußbekleidung und einer am besten schützenden Flanell- oder Wollwäsche, resp. dazu eines Flanellleibengürtels sind diesbezügliche Forderungen. Um die Haut abzuhärten gegen den schädigenden Einfluß eines nie völlig zu vermeidenden unvermittelten und unerwarteten Temperaturwechsels, empfehlen sich, nach Semmola's Vorschlag, täglich zu übende trockene Frottirungen der gesamten Körperoberfläche. Mit Leube hält Verf. kalte feuchte Abreibungen der Haut für contraindicirt, weil sie eine acute Blutfluxion gegen die Niere zu erzeugen vermögen. Ganz besondere Fürsprache verdienen endlich täglich vorzunehmende laue (28° C.) Bäder, welche die Nierenfunction am besten zu unterhalten vermögen, oder 2—4mal in der Woche zu nehmende Bäder von 35—40° C. mit leichtem Nachschwitzen, welche die Absicht verfolgen, die Schweißsecretion der Haut in Gang zu erhalten. (Vorsicht bei Atherom!) Bewegung im Freien ist dem Brightiker, sofern die Nierenthätigkeit eine noch hinreichende ist, anzuraten, nie aber darf sie Ermüdung herbeiführen. Auch geistige Ueberanstrengung soll einen verschlimmernden Einfluß auf den bestehenden chronisch-parenchymatösen Morbus Brightii ausüben. Li.

Dr. Victor Eltz (Abbazia): **Ueber die Resorption von Salzwasser-Klystieren und die therapeutische Verwertung dieser Thatsache.** (Therapeut. Monatshefte, September 1898.)

Verf. hat in einem Falle die Wahrnehmung machen können, daß per anum beigebrachtes ½proc. Salzwasser in großen Mengen zur Resorption gelangen kann, und daß der Salzgehalt der resorbirten Flüssigkeit Diaphorese und Diurese in hohem Grade anzuregen vermag. In dem betreffenden Falle, in dem es sich um einen apoplectischen Gehirninsult mit intercurrenten urämischen Erscheinungen gehandelt hatte, traten nach Application der Salzwasser-Klystiere ganz besonders diese letzteren Erscheinungen zurück. Von

dieser Wahrnehmung ausgehend, verwendete Verf. die Salzwasser-Klystiere in mehreren Fällen von Nephritis und Urämie. Bekanntlich wird in der Therapie der Nephritis und speciell der Urämie großes Gewicht auf eine reichliche Durchwaschung des Organismus gelegt, damit das Blut vom Harnstoff möglichst freigehalten werde. Man empfiehlt allgemein reichliches Trinken indifferenter und diuretisch wirkender Flüssigkeiten; Irrigationen wurden noch von keiner Seite zu diesem Zwecke empfohlen, wohl deswegen, daß die Darreichung per os viel einfacher ist, als die per anum. Nun giebt es aber Fälle, in denen in Folge bestehender Magenaffection auf eine Resorption der Flüssigkeit vom Magen aus nicht in erwünschtem Grade zu rechnen ist; ein nicht unbedeutender Grad von Magenatonie begleitet sogar fast jede Nephritis, und zwar eben als Folge von Ueberbürdung des Magens mit Flüssigkeit in dem mit erhöhtem Durstgefühl einhergehenden Anfangsstadium der Nephritis. In solchen Fällen dürften die vom Verf. empfohlenen Salzwasser-Klystiere sehr am Platze sein, ganz besonders aber in jenen Fällen schwerer acuter Urämie, in denen Bewußtseinsstörungen und Krämpfe das Trinken sehr erschweren oder ganz unmöglich machen. Ueber die Frage jedoch, ob die Flüssigkeitszunahme allein das Wirksame ist oder auch der Salzgehalt der Irrigation die Diaphorese und Diurese steigert, konnte Verf. keine volle Klarheit gewinnen; aber analog mit den kochsalzhaltigen Trinkquellen, welche bekanntlich auch stark diuretisch wirken, kann man immerhin auf eine ebensolche Wirkung des Salzgehaltes der Irrigation schließen. Dagegen hat sich Verf. durch vergleichende Beobachtungen überzeugen können, daß eine durch andere Maßnahmen hervorgerufene Diaphorese bei Weitem nicht die Wirkung hat, wie die durch Salzwassereingießungen angeregte.

Li.

Dr. Arnaud: **Albuminurie et lésions des reins dans la variole.** (Revue de Médecine, 1898, No. 5.)

Verf. hat an dem enormen Material von 800 Pockenkranken Untersuchungen über das Vorkommen von Albuminurie und Nierenaffectionen bei Pocken angestellt. Er gelangte dabei zu folgendem Resultat: Die Albuminurie ist bei Pocken eine fast constante Begleiterscheinung: sie fand sich in 95 pCt. seiner Fälle und zwar handelte es sich um 32 Fälle von reichlicher und mittlerer Albuminurie, um 36 Fälle von schwacher und 27 Fälle von minimaler Albuminurie, auf je 100 Fälle gerechnet. Die maximale Albuminurie wurde größtenteils im Anfange der Fieberperiode constatirt; sie zeigte decrescendo verlaufende Schwankungen. Viel seltener wurde die maximale Albuminurie im Suppurationsstadium beobachtet; andererseits sind auch Fälle beobachtet worden, in denen die Albuminurie ihren Höhepunkt im Desquamationsstadium erreicht hatte. Desgleichen sind Fälle vorgekommen, in denen die Albuminurie im Stadium der Reconvalescenz zugenommen hatte. Uebrigens wird die Albuminurie, wenn auch in minimalem Grade, auch bei Individuen beobachtet, die ihre Pocken eine gewisse Zeit zuvor bestanden haben. Im Allgemeinen läßt sich die Regel aufstellen, daß die Intensität der Albuminurie der des

betreffenden Krankheitsfalles entspricht, und zwar dermaßen, daß man die Intensität der Albuminurie in prognostischer Beziehung gut verwerten kann. Die Albuminurie läuft bisweilen in Erscheinungen von Niereninsufficienz aus. Der Albuminurie liegen stets pathologische Veränderungen der Nieren zu Grunde, die sämtliche Elemente derselben ergreifen; der Entzündungsproceß tritt somit in Form von diffuser Nephritis auf, die ursprünglich so milde verläuft, daß die Albuminurie als einziges Symptom der bestehenden Nierenaffection erscheint, bisweilen aber sich dermaßen verschlimmern kann, daß im klinischen Bilde die oben erwähnten Erscheinungen von Niereninsufficienz auftreten.

Ferner hatte Verf. Gelegenheit, eine histologische Untersuchung der Nieren von Individuen vorzunehmen, die im Stadium der Reconvalescenz gestorben waren und bei denen zu Lebzeiten Erscheinungen von Nephritis nicht wahrgenommen wurden. Diese Untersuchung ergab jedoch stets Veränderungen in den Nieren, und zwar in Form von Affection der Gefäße und des Bindegewebes. Li.

Vinay: **La pyélo-néphrite gravidique.** (Le progrès médical 1898, No. 47.)

Die Pyelonephritis der Schwangeren manifestirt sich durch Schmerzen in der rechten Weichengegend mit Ausstrahlung in die Inguinalfalte. Der Urin ist eiweißhaltig und purulent. Von Allgemeinsymptomen bestehen Fieber, Schauer, Kopfschmerzen und Erbrechen. Die Krankheit tritt nur in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf, wenn der rechte Ureter durch den schwangeren Uterus comprimirt wird. Die bacteriologischen Untersuchungen haben das Vorhandensein des Bacillus coli communis und seltener von Streptokokken im Urin gezeigt. Die Prognose ist aber günstig, trotz der schweren Anfangserscheinungen. Milchdiät ist die Grundlage der Therapie. Immerwahr (Berlin).

Dr. Hazlett: **Ueber die Steinkrankheit und die bewährteste Methode ihrer Verhütung.** (Therap. Gazette 1898, No. 7.)

Verf. spricht in seiner Arbeit nur von der sogenannten constitutionellen Steinkrankheit. In den meisten Fällen dieser Erkrankung spielt die Harnsäure eine wichtige Rolle, und es kann in Folge dessen nicht gleichgiltig sein, ob sich die Production und Ausscheidung der Harnsäure in normalen Grenzen bewegen oder nicht. Eine Ansammlung von Harnsäure findet unter Anderem statt bei Verringerung der Secretionsthätigkeit der Haut und der Leber, die zu einer Ueberlastung der Nieren führt; durch letztere wird die überschüssige Harnsäure in krystallinischem Zustande ausgeschieden. Was die Verhütung der Steinbildung betrifft, so bemerkt Verf., daß die übliche Behandlung mit Alkalien und harntreibenden Mitteln den Allgemeinzustand des Organismus sehr wenig beeinflußt und in Folge dessen die Harnsäureproduction nicht verringert; die harntreibenden Mittel sind außerdem nicht unschädlich, da sie die an und für sich schon gesteigerte

Nierenfunction noch erhöhen. Das beste Mittel zur Verhütung der Steinkrankheit ist nach Verf. das Natr. sulfuricum bei längerem Gebrauch in Form von Mineralwasser. Dasselbe regt die Verdauungs- und Secretionsthätigkeit der Bauchorgane an, namentlich der Leber, wodurch manche Substanzen, die früher von den Nieren in Form von Harnsäure ausgeschieden wurden, nunmehr durch den Darm ausgeschieden werden. Li.

Prof. Comby (Paris): **Movable Kidney in Children.** (The British Medical Journal, 15. October 1898.)

Während die bewegliche Niere bei Erwachsenen, namentlich bei Frauen, eine ziemlich häufige Erscheinung ist, ist über eine solche bei Kindern nur sehr wenig berichtet worden, so daß man a priori denken könnte, bewegliche Nieren bei Kindern kämen überhaupt nicht vor. Verf. hat nun innerhalb mehrerer Jahre die Kinder, welche in seine Behandlung kamen, auf die Lageverhältnisse der Nieren untersucht, und er war überrascht über die große Anzahl von Fällen, in denen bewegliche Niere festgestellt werden konnte. Es ist also anzunehmen, daß die bewegliche Niere jedem Alter eigen ist. Im Ganzen constatirte Verf. 18 Fälle von beweglicher Niere im Kindesalter; davon betrafen 2 Fälle Kinder im Alter von 1 resp. 2 Monaten, 6 Kinder standen im Alter von 1—10 Jahren, 10 Kinder waren über 10 Jahre alt. Diese Zahlen geben das Alter der Kinder zur Zeit der Untersuchung und Feststellung des Krankheitszustandes an, der bei den Kindern zweifellos seit mehr oder minder längerer Zeit bestanden haben muß. 16 Kinder waren weiblichen Geschlechts, 2 männlichen: das ist dasselbe Verhältnis wie bei Erwachsenen. In 14 Fällen war die Beweglichkeit der Niere mit Dyspepsie und Magenerweiterung combinirt, hereditäre Syphilis war in 2 Fällen, Chlorose ebenfalls in 2 Fällen vorhanden, und je in einem Falle bestand lienterische Dysenterie, Migräne und Psoriasis. Fast in sämtlichen Fällen verlief die Affection latent. In 2 Fällen wurde sie irrtümlich als chronische Appendicitis gedeutet, in 2 Fällen wurde sie entdeckt und einer Behandlung unterzogen.

Was die Aetiologie dieses Leidens betrifft, so konnte vor Allem die Druckwirkung des Corsets, welches so häufig in's Feld gezogen wird, in den Fällen des Verf.'s ausgeschlossen werden, denn die meisten Kinder trugen weder Corset, noch Gürtel. Dagegen waren fast sämtliche Kinder dyspeptisch und litten an gastrischen Störungen oder Schmerzen. Die Nierenaffection könnte in diesen Fällen event. als Resultat der allgemeinen Erweiterung des Magendarmcanals, welche bei schlecht genährten und dyspeptischen Kindern gewöhnlich besteht, angesehen werden, und zwar in dem Sinne, daß bei Erschlaffung der Bänder und allgemeinen Enteroptose auch die Niere der festen Stütze entbehrt. Bei den zwei hereditär-syphilitischen Kindern, bei denen die bewegliche Niere erst bei der Section entdeckt wurde, war es unmöglich, irgend ein ätiologisches Moment für die bestehende Affection zu ergründen, so daß dieselbe als eine congenitale betrachtet werden mußte. Litten, Güterbock, Ewald, Albarran führen

sämtliche Fälle von beweglicher Niere auf congenitale Veranlagung zurück, und zwar in dem Sinne, daß die Niere einen zu langen Stiel besitzt, der ihr eine Verschiebung im Abdomen gestattet. Letztere findet entweder spontan statt, oder als Resultat gewisser Insulte, wie Magendistension, zu enges Schnüren, Druck von Seiten der hypertrophischen Leber, Trauma etc. Genau läßt es sich schwer sagen, warum das weibliche Geschlecht zu der geschilderten Nierenanomalie mehr prädisponirt ist, als das männliche, wenn auch dieselbe zweifellos in gewisser Beziehung zu der Topographie der weiblichen Abdominalhöhle steht.

Die Symptome der beweglichen Niere sind sehr verschieden. Bisweilen macht dieselbe gar keine Erscheinungen und wird übersehen, bisweilen wird sie, namentlich wenn sie mit Schmerzen in der rechten Seite einhergeht, als Appendicitis gedeutet. Die Schmerzen stellen sich manchmal nach einer übermäßigen Anstrengung ein. Bisweilen, wenn auch selten, wird die Niere um ihre Achse gedreht und es kommt zu Verschluß des Ureters und zu Hydronephrose, welche letztere sowohl vorübergehend, wie auch dauernd sein kann. Die wichtigsten Merkmale erhält man bei der Untersuchung des rechten Hypochondriums: falls bewegliche Niere wirklich vorhanden ist, so palpirt man hier in der Nähe des Nabels eine harte, runde, bewegliche, häufig schmerzlose Masse, die man event. zwischen beiden Händen fühlen kann, wenn man mit der linken Hand die Lumbalgegend stützt und mit der rechten die rechte Seite des Abdomens drückt. Die Diagnose ist um so schwerer, je jünger das Kind ist; jedoch ist sie nicht unüberwindlich. Von den verschiedenen pathologischen Zuständen, mit denen die bewegliche Niere verwechselt werden kann, nennt Verf. Coprostase, Appendicitis, verschiedene cystische und feste Nierengeschwülste, Perinephritis und Steine. Es ist aber durchaus nicht unmöglich, diese Zustände auszuschließen.

Die Behandlung ist entweder eine symptomatische oder radicale. Wird das Leiden leicht vertragen, sind die Schmerzen gering oder intermittirenden Characters, so kann man sich mit Ruhe und Tragen eines Bauchgürtels begnügen. Die beste Bandage ist ein einfaches Flanelltuch, welches einige Male um den ganzen Körper gewickelt wird. Vor Allem müssen etwa bestehende Dyspepsie und Obstipation beseitigt werden, was sehr häufig genügt, um Besserung des Nierenzustandes herbeizuführen. Werden aber die Schmerzen permanent und unerträglich, stellen sich Erscheinungen von Peritonitis oder Hydronephrose ein, so bleibt nichts übrig, als die Niere an die hintere Abdominalwand festzunähen. Verf. hat diese Operation bei einem seiner kleinen Patienten mit bestem Erfolge ausgeführt. Li.

Dr. Serapin (Petersburg): **Ueber Echinococcus der Niere und dessen chirurgische Behandlung.** (Medicinskoe Obosrenie 1898, Bd. 50, Heft 8.)

Echinococcus der Niere gehört zu den ziemlich seltenen chirurgischen Erkrankungen. Die spärliche Casuistik dieses Leidens wird nun durch

folgenden, vom Verf. beobachteten Fall bereichert: Die 42jährige Patientin erlitt ein Trauma, worauf bei ihr in der linken Hälfte des Abdomens eine Geschwulst entstand; letztere zwang sie, nach Ablauf von sechs Monaten ärztliche Hilfe aufzusuchen. Die Untersuchung ergab unter dem rechten Rippenbogen eine kindskopfgroße, elastische und glatte Geschwulst. Die Diagnose schwankte zwischen Hydronephrose und Cyste, oder Echinococcus der Niere. Die Ausschälung der Niere, die, wie es sich herausgestellt hatte, wirklich eine Echinococcusblase beherbergte, geschah nach der Methode von Simon durch Lumbalschnitt; es gelang jedoch nicht, den ganzen Sack zu entfernen, da ein Teil seiner Wand mit der Vena cava inferior verwachsen war; man mußte sich mit Tamponade der Wunde begnügen. Die Nachbehandlungsperiode verlief ohne besondere Complicationen. Das Ergebnis war dauernde Heilung. Die Untersuchung der entfernten Niere zeigte, daß die Echinococcusblase das Nierengewebe vollständig comprimirte; das gesunde Nierengewebe blieb nur in geringem Umfang erhalten.

Im Anschluß an obige casuistische Mitteilung erörtert Verf. die einschlägige Litteratur, welche insgesamt 12 Fälle von Echinococcus der Niere umfaßt. In 9 Fällen wurde die Entfernung des Echinococcussackes der Niere auf transperitonealem, in 3 auf lumbalem Wege gemacht. Die Fälle der ersten Gruppe gaben eine Mortalität von 50 pCt., die Fälle der zweiten Gruppe endeten alle mit Genesung, jedoch auch mit der Complication von Harn- und Darmfisteln. Endlich gehören hierher 31 Fälle von sogenannter lumbaler Cystotomie, d. h. von Einnähung der Echinococcuscyste in die Hautwunde; diese Fälle endeten alle mit Genesung, wenn auch nicht ohne manche Complicationen, und so spricht sich Verf. schließlich zu Gunsten der Cystotomie, ganz besonders der lumbalen, als des besten chirurgischen Eingriffes bei Echinococcus der Niere aus. Li.

Kynoch (Edinburgh): **Ein Fall von Laparo-Nephrectomie wegen eines malignen Nierentumors bei einem 16 Monate alten Kinde.** (The Lancet, 17. September 1898.)

Die Frage nach der Berechtigung eines operativen Eingriffes bei malignen Nierentumoren im frühen Kindesalter ist noch eine strittige. Manche Autoren verwerfen unter diesen Umständen eine Operation vollständig. Und in der That ist die unmittelbare Mortalität eine sehr hohe und sind frühzeitige Recidive sehr häufig. Im Gegensatz hierzu hat K. einen günstig verlaufenen Fall beobachtet, der einmal wegen der ermöglichten frühen Diagnose und dann wegen des Alters des Kindes bemerkenswert ist. (Es sind nur etwa sechs Fälle veröffentlicht worden, wo die Nephrectomie bei Kindern unter zwei Jahren mit Erfolg ausgeführt worden ist.) Es handelte sich um ein 15 Monate altes Mädchen, das in letzterer Zeit stark abgemagert sein soll. K. constatirte in der rechten Lumbargegend einen citronengroßen, irregulär gestalteten, festen, etwas beweglichen Tumor, der gegen Druck anscheinend nicht empfindlich war. Alle anderen Organe waren anscheinend

normal. Auch der Urin erwies sich als normal, besonders soll niemals Hämaturie vorhanden gewesen sein. Da es sich offenbar um einen malignen Nierentumor handelte, so wurde nach vier Wochen, nachdem der Allgemeinzustand etwas aufgebessert worden war, die Nephrectomie ausgeführt. Dieselbe gelang leicht und unter geringem Blutverlust innerhalb 20 Minuten. Das Kind überstand die Operation ausgezeichnet. Die exstirpirte Niere zeigte einen Tumor, der den größeren Teil des Organes einnahm und der sich mikroskopisch als ein Adeno-Sarcom erwies. Seit der Operation sind jetzt fast zwei Jahre vergangen. Noch ist der Gesundheitszustand ein vollkommen guter, doch ist immerhin die Möglichkeit eines Recidivs nicht ausgeschlossen.

Loewenthal.

Prof. Katagma: **Die Addison'sche Krankheit in Japan.** (Mitteilungen aus der medicin. Facultät der japanischen Universität zu Tokio, Bd. III, Heft 3.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Addison'scher Krankheit, welche er als die ersten in Japan beobachtet hatte. Im Großen und Ganzen verliefen die Fälle in derselben Weise, wie sie in Europa verlaufen Folgende Punkte verdienen jedoch als solche hervorgehoben zu werden, die bei den europäischen Fällen selten oder gar nicht vorkommen:

1. In dem einen Falle fand man vielfache punktförmige Pigmentirung der Pleura.

2. In dem einen Falle betrug die Krankheitsdauer 15 Jahre.

3. In dem einen Falle waren beide Nebennieren vergrößert und mit den benachbarten Organen verwachsen. In dem zweiten Falle waren sie im Gegenteil etwas verkleinert.

4. Das Ganglion semilunare war in einem Falle schwach bräunlich, die Nervenzellen etwas klein, sonst nicht verändert; in dem anderen Falle war das Ganglion makroskopisch normal.

Li.

Dr. Dezirot: **Beitrag zur Frage von der Addison'schen Krankheit bei Kindern.** (Journal de clinique et de thérapeutique enfantiles 1898, No. 24.)

Die Symptomatologie der Addison'schen Krankheit äußert sich bei Kindern meistenteils in Asthenie, in Magendarmstörungen und Melanodermie. Schmerzen werden seltener, und zwar ausschließlich bei größeren Kindern beobachtet. Die Krankheit beginnt schleichend mit immer zunehmender Schwäche. Es treten Uebelkeit, Erbrechen, Durchfälle auf, und bald gesellt sich die Hautverfärbung hinzu. Bei zwei Drittel sämtlicher Kranken werden Convulsionen, Schwindel und Ohnmachtsanfälle beobachtet. Der Puls ist schwach und beschleunigt. Fieber kann sich in jedem Krankheitsstadium einstellen. Der Hämoglobingehalt des Blutes verringert sich; die Toxicität des Harns steigt; bisweilen wird Enuresis nocturna beobachtet.

Der Verlauf der Krankheit zeigt Remissionen und Exacerbationen; erstere werden bisweilen als Heilung gedeutet. Der Tod tritt desto rascher ein, je jünger das Kind ist. Der Tod erfolgt gewöhnlich im Coma oder in einem choleraähnlichen Anfalle. Plötzlicher Tod tritt verhältnismäßig selten ein, wenn auch bedeutend häufiger, als bei Erwachsenen.

Die Section ergiebt in den meisten Fällen Tuberculose der Nebennieren; in einem Falle wurde Carcinom dieses Organs festgestellt. Außerdem fand man Affection der Mesenterialdrüsen, Hypertrophie der Solitärfollikel des Darms, der Milz und der Thymus. In einigen Fällen fand man Veränderungen des Abdominalteiles des N. sympathicus. Die nächste Ursache der Addison'schen Krankheit liegt stets in den Nebennieren, deren Function gestört wird: entweder in Folge materieller Veränderungen, oder in Folge von Erkrankung der Nerven, welche die Function der Nebennieren beeinflussen. Bei der Diagnose handelt es sich hauptsächlich um Ausschließung folgender Krankheiten: Pellagra, Malariacachexie, Carcinom Icterus neonatorum und medicamentöse Hautpigmentation. Die Prognose ist immer noch sehr ernst zu stellen trotz der neuaufgekommenen Nebennierenbehandlung. Unter den 48 Fällen von infantiler Addison'scher Krankheit, welche Verf. in der Litteratur gesammelt hat, befinden sich 6, die mit Nebennierenextract behandelt worden sind, darunter aber nur 1 Fall, in dem von einem Erfolg die Rede sein kann. Li.

IX. Technisches.

Dr. M. Friedlaender: **Ueber Suspensorien und ihren Ersatz.** (Dermatologische Zeitschrift, Bd. 5, Heft 4.)

In neuester Zeit hat Dr. K. Gerson (cfr. Allgem. med. Centralzeitung 1897, No. 57) eine Methode angegeben, welche abweichend von der bisherigen Art, den Hoden zu suspendiren, diesen hebt und, wenn nötig, comprimirt. Er hat eine kurze, schmale Binde aus umsponnenem Gummi construirt, welche auf der einen Seite mit Zinkkautschukpflaster bestrichen ist und deren einer Rand ausgefranzt ist. Die Binde wird derart angelegt, daß nach eventueller vorhergehender Rasur des Scrotum die Binde circulär um die untere Scrotalhaut, den Franzenrand nach oben, gelegt wird; will man den Testikel nicht nur heben, sondern auch comprimiren, so werden die letzten Bindetouren aufsteigend um den geschwollenen Hoden gelegt. Diese Binden sind seit mehreren Monaten bei einer größeren Anzahl von Patienten der Lassar'schen Klinik angewandt worden. Das Anlegen der Binde ist außerordentlich leicht, die Patienten lernen rasch den Gebrauch der Binde, Hautreizung oder Eczem in Folge des Pflasters wurde nie beobachtet. Die Wirksamkeit der Binde zeigte sich dadurch, daß der erkrankte Testikel um ein Be-

deutendes gehoben, der Funiculus entlastet und damit die heftige Schmerzhaftigkeit fast augenblicklich beseitigt wurde; oft konnten Patienten, welche vorher trotz Suspensorium kaum gehen konnten, sofort nach Anlegen der Binde sich leicht und frei bewegen; in einem Falle wurden einem Patienten, welcher trotz Bettruhe und Eiskühlungen zwei Nächte keinen Schlaf gefunden hatte, durch den Verband die Schmerzen augenblicklich beseitigt. Bei subacuten oder chronischen Fällen wird es sich empfehlen, mehr auf die comprimirende Wirkung Gewicht zu legen, doch leisten hier Jod-Einreibungen und Priessnitz'sche Umschläge dieselben Dienste. Bei Varicocele ist die Binde sehr nützlich; ob sie im Stande ist, bei prophylactischer Anwendung die Entstehung der Epididymitis zu verhindern, muß erst aus größeren Versuchsreihen entnommen werden. Augenblicklich versuchte Verf. bei Hydrocele nach Ablassen der Flüssigkeit durch die Compression eine Verklebung der Häute herbeizuführen. Nachteile kann die Binde eigentlich nur bei zu festem Anlegen bringen: in diesem Falle könnte Gangrän eintreten. Thatsächlich sind denn auch zwei Fälle von leichter, oberflächlicher Hautgangrän zur Beobachtung gekommen; dieser Gefahr kann aber vorgebeugt werden, wenn die Patienten genau instruirt werden, daß sie bei unangenehmem Druckgefühl den Verband sofort zu lockern haben. Li.

Phélip: **Sonde à instillations urétro-vésicales pour pénétrations difficiles de l'uréthre profond.**

60 P. empfiehlt einen Guyon'schen Knopfinstillateur, dessen Spitze sich in eine mehr weniger (15—25 cm) lange Bougie fortsetzt; das Instrument soll aus elastischem Gummi und einem Stück gearbeitet sein, so hart und rigide, wie es das verwandte Material erlaubt, bei mäßiger Stärke; an Stelle der üblichen Olivenform soll der Knopf ein verlängerter Conus sein, der langsam unmerklich in die Bougie, welche sich nach vorn zuspitzt, übergeht; das periphere Ende des Conus soll möglichst schroff rechtwinklig, aber unter Wahrung runder Kanten erfolgen; zwei seitliche Oeffnungen an der Spitze des Conus sollen die Instillationsflüssigkeit austreten lassen.

Mankiewicz.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Ein operativ geheilter Fall von operativer Harninkontinenz

(nach Dilatation der Harnröhre beim Weibe).

Von

Dr. **F. Stockmann**, Königsberg i. Pr.

Die Dilatation der weiblichen Urethra zu diagnostischen oder operativen Maßnahmen in dieser selbst oder in der Harnblase ist schon älteren Datums. A. Coopor, Hybord, Heath u. A. haben dieselbe bereits geübt. Zu einer wissenschaftlichen und practischen Methode hat sie aber erst G. Simon herausgebildet und erhoben. In seinem 1875 erschienenen Aufsatz: „Ueber die Methoden, die weibliche Urinblase zugängig zu machen, und über die Sondirung des Harnleiters beim Weibe“ [1]) giebt er das hierzu nötige Instrumentarium an, bespricht genau die Technik und die Bedingungen, unter denen die Dilatation vorzunehmen ist, schildert die eventuellen schädlichen Folgen, wenn man von seiner Richtschnur abweicht und die guten Erfolge, die man mit seinem Verfahren erzielen kann. Die Simon'sche Untersuchungsmethode unterscheidet sich bekanntlich von den früheren dadurch, daß sie in einer Sitzung ausgeführt wird. Zur Ausführung bedient man sich einer Reihe von sieben glatten Speculis, von denen das kleinste $^3/_4$ cm, das größte 2 cm im Durchmesser hat. Vor Einführung derselben empfehlen sich Einkerbungen des Urethralsaumes. Ueber die Grenze von 2 cm hinauszugehen, ist direct zu widerraten, um jede Schädigung der Kranken zu vermeiden. Diese besteht aber in der Herausbildung der permanenten Incontinenz. Eine solche hat Simon bei seinen vielen Fällen (über 60) niemals beobachtet, sondern höchstens eine in wenigen Tagen vorübergehende. Und hierin stimmen ihm alle die anderen Autoren

[1]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 1875, No. 88.

bei, so Spiegelberg[2]), Winckel[3]), A. Ebermann[4]) u. A. Silbermann[5]) hat allerdings 48 Fälle von brüsker Dilatation der weiblichen Harnröhre gesammelt, in denen es acht Mal zur Incontinenz gekommen war. Die nähere Durchsicht ergiebt aber, daß alle diese nicht unter den nötigen Cautelen resp. mit anderen Instrumenten vorgenommen waren. Winckel[6]) beschreibt ebenfalls einen Fall von Harnincontinenz nach Dilatation, der operativ geheilt wurde. Leider ist aus dem mir lediglich vorliegenden Referat nicht ersichtlich, nach welcher Methode dilatirt wurde.

Im Nachstehenden sei es mir gestattet, einen Fall zu schildern, den ich längere Zeit hindurch zu beobachten Gelegenheit hatte, welcher, den mir gegenüber gemachten Angaben zufolge, nach Simon's Methode dilatirt worden zu sein scheint und welcher eine permanente Incontinenz acquirirte.

Ein wie unerträgliches Leiden die Harnincontinenz ist, ist bekannt, und mehrfache Operationsmethoden sind daher zur Hebung dieses Uebels ersonnen worden, so von Pawlick[7]), Frank[8]), Winckel[9]), Engstroem[10]), Schultze[11]) und besonders Gersuny[12]). Jeder ging dabei von besonderen Principien aus, und es würde zu weit führen, hier die einzelnen Methoden zu schildern. Der unten zu beschreibende Fall zeigt eine Combination einzelner; er ist im Ganzen sechsmal zur Operation gelangt, dreimal nach Gersuny'scher Methode.

Die Krankengeschichte unserer Patientin ist eine recht langwierige.

---

[2]) Spiegelberg: Berl. klin. Wochenschr. 1875, No. 16.

[3]) Winckel: Deutsch. Chirurg. 1885, Lief. 62.

[4]) Ebermann: Die Untersuchungen der weibl. Harnorgane. Zülzer's Handbuch der Harn- und Sexualorgane 1894.

[5]) Silbermann: Die brüske Dilatation der weibl. Harnröhre. Inaug.-Dissert., Breslau 1875.

[6]) Winckel: Eine Illustration zu den operativen Kurmethoden der nach Harnröhrendilatation entstandenen Incontinentia urinae. Ref. in Schmidt's Jahrb. 1886, No. 209, pag. 56.

[7]) Pawlick: Beiträge zur Chirurgie der weibl. Harnröhre. Wiener med. Wochenschrift 1883, 25 und 26.

[8]) Franck: Ueber die operative Behandlung der Incontinentia beim Weibe. Centralbl. f. Gynäk. 1882, No. 9.

[9]) Winckel: Münchener med. Wochenschrift 1886, No. 33.

[10]) Engstroem: Till frågam om de operativa Behandlingen af dilatatio urethrae hoc qvinnam. Ref. in Schmidt's Jahrb. 1887, No. 214.

[11]) Schultze: Wiener med. Blätter 1888, No. 18 und 19.

[12]) Centralbl. f. Chirurg. 1889, No. 25.

K. R., 42 J., Kochlehrerin, erkrankte im Februar 1894 mit Schmerzen in der Blase, häufigem Urindrang, besonders Nachts, daneben hin und wieder am Tage Harnverhaltung. Ein consultirter Arzt verordnete Blasenausspülungen, welche keine Linderung brachten. Da im Gegenteil die Schmerzen immer mehr zunahmen, „wie wenn lauter Messer in der Blase wären", so erfolgte Aufnahme in ein Krankenhaus. Hierselbst fünf Wochen lang Blasenausspülungen. Keine Besserung, hingegen zum ersten Mal Auftreten von Blutungen. Ungeheilt entlassen, wird weiter mit Diät, Carlsbader Brunnen, Milch behandelt. Im September 1894 leichte Besserung. October 1894 wiederum Verschlimmerung (inzwischen war Patientin nach Königsberg übergesiedelt). Der neue consultirte Arzt verordnete wiederum Brunnen und Ausspülungen. Von Neuem stellten sich nunmehr so heftige Blutungen ein, „daß trotz vielen Trinkens an manchem Tage kein Urin, sondern nur Blut abging. Meine Wäsche war ganz steif von Blut und Eiter." Zuerst lief klares Blut ab, dann kamen große Fetzen. Daher Ueberweisung der hiesigen chirurgischen Klinik wegen Verdacht auf Blasentumor. Es sollten auch im Urin carcinomähnliche Zellen gefunden sein (persönliche Mitteilungen des behandelnden Herrn Collegen). Hierselbst wird von sehr sachkundiger Hand die manuelle Palpation der Blase vorgenommen, bei der, wie berichtet, nichts Geschwulstartiges gefunden werden konnte. Die Untersuchung fand in Narcose statt. (Wie mir die Patientin wieder holt versichert, hat man ihr die Untersuchung so geschildert, daß in die Harnröhre Einschnitte gemacht wären, worauf der Operateur mit dem Finger einging.) Seit diesem Act konnte Patientin den Urin nicht mehr selbstständig halten; dauernd war sie naß. Nach 14tägigem Aufenthalt in der Klinik erfolgte Entlassung, nachdem Galvanisiren angeordnet war. Dieses wurde von dem behandelnden Arzt $^3/_4$ Jahr lang fortgesetzt ohne wesentlichen Erfolg. Nach fünfmonatlicher Unterbrechung der Kur, da neue Schmerzen aufgetreten und der Urin sehr trübe geworden, wiederum Galvanisiren und Brunnen. Ende September 1896 trat Patientin in meine Behandlung.

Status praesens und weiterer Verlauf. Kleine, corpulente Person von sonst gutem Aussehen, etwas nervös. Die Unterkleider sehr naß, urinös riechend, die Oberschenkel bis zur Mitte ekzematös gerötet, die großen Schamlippen ebenfalls stark entzündet. Beim Auseinanderklappen fließt eine schleimige, eitrige, riechende Masse ab. Orificium urethrae entzündlich geschwellt. Beim Auseinanderziehen desselben sieht man in der hinteren Harnröhrenwand einen rinnenartigen Einschnitt, weniger ausgeprägt in der vorderen. Der Durchschnitt der Harnröhre würde sich ungefähr kartenherzartig präsentirt haben. Nélaton-Charrière 25 dringt

spielend leicht in Blase. Entleerung spärlichen, sehr trüben Urins, welcher sauer reagirt und massige Eiterkörperchen enthält und zahlreiche Blasenepithelien. Ordo: tägliche Ausspülungen mit Argentumlösung 1 : 1000. Nach einigen Tagen zum ersten Mal Cystoskopie. Von Tumor nirgends etwas zu entdecken, Schleimhaut, besonders im Fundus, stark geschwellt, diffus gerötet, mit Eiterfetzen bedeckt, Ureteröffnungen etwas erweitert. Nach einigen Tagen Wiederholung, wiederum derselbe Befund. Wenige Tage später Harnleiterkatheterismus mittelst Casper's Instrument. Der beiderseitig aufgefangene Urin zeigt normale Beschaffenheit. Es wird nunmehr der Patientin eine Operation mit großer Reserve des Erfolges angeraten. Dieselbe fand am 20. November ohne Narcose in Localanästhesie statt. Keilförmige Excision aus Urethralwand und Septum vesico-vaginale von ca. 1 cm Länge und ½ cm Breite. Isolirte Naht der Schleimhaut und des Septums. Verweilkatheter für drei Tage; dann tägliches Katheterisiren. So lange Patientin im Bett lag, war Continenz vorhanden, beim Aufstehen früherer Zustand. Blasenausspülungen werden fortgesetzt. 23. November 1896 zweite Operation. Keilförmige Excision aus hinterer Urethralwand und Septum und aus rechter seitlicher Urethralwand. Dieselbe Behandlung wie vorher. Kein Erfolg. Februar 1897 nochmals große keilförmige Excision aus hinterer Urethralwand und Septum. Kein Erfolg. Das Septum hat nunmehr eine Höhe von ca. 6 cm erreicht, ist rigide verdickt, geringer Prolaps der vorderen Vaginalwand. Orificium urethrae sehr klein, liegt dicht unterm Arcus. Da der Zustand immer unerträglich blieb und Patientin dauernd naß war, der Blasencatarrh sich auch verschlimmerte, erfolgte Mitte Juni 1897 wiederum Operation im Sinne Gersuny's. Kreisförmige Umschneidung des Orificium, Loslösung der Urethra bis ungefähr an die Blase, Umdrehung derselben um 90° und Festnähung. Mäßiger Erfolg. September 1897 Wiederholung der Gersuny'schen Operation. Drehung um 180°. Etwas mehr Erfolg, wird aber dennoch beim Stehen meistens naß. 6. April 1898 zum dritten Mal Gersuny. Sehr hoch hinaufgehende Loslösung, Drehung um 360°. Dünner Verweilkatheter drei Tage lang. Patientin ist nunmehr so continent, daß kein Urintropfen selbstständig abgeht, daher tägliches zweimaliges Katheterisiren, wobei es sehr schwierig ist, das Orificium zu finden. Als einmal einer der bei der Operation dabei gewesenen Collegen für mich eintreten mußte, blieb es bei dem Versuch des Katheterismus. Nach 14 Tagen Entlassung. Patientin ist mit ihrem Zustand sehr zufrieden. Läßt selbstständig Urin in Menge von 150—200 g. Täglich 1—2mal Ausspülungen. Nachts öfters krampfartige Schmerzen in der Blase, daher zur Nacht Einlegung eines Pezzer-Katheters. Patientin ist bis jetzt

(Ende Januar 1899) continent geblieben, nur Nachts bei sehr tiefem Schlaf geht hin und wieder etwas Urin ab. Der Blasencatarrh und die Vaginitis bestehen dagegen noch in sehr geringem Maße fort. Patientin kann ihrer Häuslichkeit, die viel Stehen und Umherlaufen verlangt, durchaus vorstehen.

Dieser Fall scheint mir in mehrfacher Beziehung interessant. Einmal, daß in Folge von Dilatation der Urethra, von durchaus sachkundiger Hand ausgeführt und sicher unter allen Cautelen vorgenommen, dennoch eine permanente Incontinenz entstehen kann. Außer dem Winckelschen Fall habe ich keinen ähnlichen in der mir zur Hand gewesenen Litteratur auffinden können. Nach den mir gemachten Schilderungen und dem späteren Befunde in der Urethralwand dürfte es sich wohl um eine Dilatation im Simon'schen Sinne gehandelt haben. Wenigstens möchte ich die Beschreibung von den gemachten Einschnitten für den ersten Act, wie es Simon vorschreibt und für nötig und vorteilhaft befindet, der Dilatation deuten. Leider stand mir die klinische Krankengeschichte nicht zur Verfügung.

So wohlthätig diese Untersuchungsmethode auch sein mag, wenn man in der Blase etwas findet, so nützlich sie für etwa vorzunehmende Operationen werden mag, so erscheint sie mir dennoch zur Stellung der Diagnose immerhin zu eingreifend. Hier ist die Cystoskopie an ihrem Platze und kann es zum Mindesten mit jeder Concurrenz aufnehmen; sie ist gefahrlos, benötigt nicht der Narcose, zeigt alles, was etwa zu sehen ist, und zwingt die Patienten des Weiteren nicht zur Bettruhe, welche doch nach der Dilatation statthaben muß. Ich glaube, wenn damals, als die Ausbildung dieser Methode geübt wurde, unser heutiges Cystoskop existirt hätte, so wäre Simon sicher für selbiges eingetreten. Ueber das damalige Endoskop dagegen mit allen seinen Mängeln konnte er daher auch wie folgt urteilen: „Auch erleichtert die Erweiterung der Harnröhre die Endoskopie der Blase. Der Nutzen dieser letzteren zur Erkennung von Blasenkrankheiten ist jedoch weit geringer, als der der Palpation. Denn da immer nur ein sehr kleiner Teil der Blasenwandungen beleuchtet werden kann, so wird man papilläre Wucherungen, Geschwüre etc. nur ganz zufällig finden.“ [18]) Vollständig aber verlassen werden mußte die Dilatationsmethode für die Harnleitersondirung, nachdem uns die schönen Cystoskope von Casper, Albarran, Kelly u. A. geschenkt worden sind. Die einzige Indication bliebe für Operationen in der Blase, wenn man nicht auch hier, um radical zu operiren, lieber die Sectio alta vorziehen wird.

Interessant ist unser Fall ferner durch die Hartnäckigkeit des Mißerfolges, den er den einzelnen operativen Maßnahmen entgegen-

brachte. Hierin teilt er das Schicksal mit den anderen veröffentlichten Fällen, und selbst Gersuny sah sich gezwungen, in seinem Fall nach bereits vorangegangenen anderen Operationen dreimal seine neue Methode, zuletzt mit Erfolg, zu wiederholen. Er gelangte bis zu einer Drehung von 450° der Harnröhre um ihre Achse, während wir bis zu einer solchen von 630° zu gehen gezwungen waren.

Alle angegebenen Operationsmethoden haben ihren Wert, am radicalsten dürfte aber immer die Gersuny'sche wirken.

Dritter französischer Urologencongress.

(Schluss.)

Calcul de l'urèthre chez un enfant de six ans.

Reboul (Nîmes) legt einen mittelst schwerer Urethrotomie aus der Harnröhre eines sechsjährigen Knaben entfernten Stein vor. Er befand sich eingekeilt und adhärent in einer von der Dammgegend aus fühlbaren, Eiter und Harn enthaltenden Ausbuchtung des Bulbus, wohin er wahrscheinlich von der Blase aus gewandert war. Die Blase wurde nach Eröffnung der Harnröhre vom Damm aus leer gefunden und die Harnröhre trotz der schweren Läsion ihrer Wände primär durch Naht geschlossen, ein Verweilkatheter eingelegt und die Dilatationsbehandlung der zu erwartenden Strictur in Aussicht genommen.

Considérations sur la pathogénie d'une variété d'uréthrique aseptique.

Noguès ist auf Grund des Studiums der durch den gonorrhoischen Proceß in der Harnröhre gesetzten anatomischen Veränderungen zu der Ueberzeugung gelangt, daß diese Läsionen auch ohne Hinzutreten einer Neuinfection ein Recidiv von dem Character einer acuten Blennorrhoe veranlassen können. In einem diesbezüglichen Fall war bei einem jungen, seit drei Jahren gonorrhoefreien Patienten eine Zweiradtour die auslösende Ursache für das Erscheinen eines sterilen, fast ausschließlich aus Epithelialzellen bestehenden Ausflusses. Die Harnröhre zeigte hier eine Reihe von weiten, ringförmigen Stricturen. In anderen Fällen war das traumatische Moment eines Coitus oder Phosphaturie der Anlaß für das Auftreten dieser Recidive.

Traitement de l'uréthrite à gonocoques par le protargol.

Noguès, der einen Teil seiner Erfahrungen mit Protargol bereits in den Annales gén.-urin. veröffentlichte, hat im Ganzen 28 Fälle von acuter Blennorrhoe nach den Angaben Neisser's mit dreimal täglich wiederholten Injectionen von Protargollösungen behandelt und dabei 22 Heilungen und 6 Mißerfolge gesehen. Bezüglich der Anwendungsmethode bemängelt er die vom Patienten selbst ausgeführten Harnröhreneinspritzungen, denen er zur Beobachtung gekommene Complicationen zur Last legt, und bedauert die Unmöglichkeit der Verwendung des Mittels zu Spülungen und Instilla-

tionen. Im Allgemeinen scheinen ihm die Kaliumpermanganat-Spülungen bessere Resultate zu geben.

Traitement de la blennorrhagie par le cyanure de mercur.

Escat (Marseille) hat das bisher in der Augenheilkunde mit Nutzen angewandte Quecksilbercyanid zu Harnröhren-Spülungen und -Injectionen, und zwar in den Concentrationen von 1—5 auf 1000 ohne Schädigung localer oder allgemeiner Natur verwendet. Das Salz, dessen antiseptische Kraft fast der des Sublimats gleichkommt, wird nach ihm in der Harnröhre besser vertragen als das letztere und als Argentum. Es ruft ähnlich wie manchmal Kalipermanganat eine seröse, ja blutig-seröse Transsudation der Schleimhaut hervor, welche die Abheilung der Blennorrhoe zu begünstigen scheint. Seine therapeutische Wirkung stellt E. noch über das übermangansaure Kalium und das Protargol. Wichtig ist es indes noch, die beste Methode der Anwendung festzustellen.

Monod verwendet seit längerer Zeit das Quecksilberoxycyanid und seit einem Jahre auch das Cyanid als Ersatzmittel des Sublimats, allerdings in viel stärkeren Concentrationen (5 : 1000), in welchen auf Wunden starke Schmerzen auftreten.

Pommades uréthrales et suppositoires uréthraux.

Janet macht bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe ausgedehnt Gebrauch von Salbensonden und Salbenstäbchen. Die älteren, von Casper und Unna angegebenen Formeln für die Salbengrundlagen hat er unwesentlich verändert.

Traitement abortif de la blennorrhagie.

Motz (Paris) hat die abortive Behandlung nach Janet mit Beschränkung der Spülungen auf die vordere Harnröhre in 14 Fällen durchgeführt, dabei 9 Fälle in durchschnittlich 8 Tagen geheilt, in 5 anderen aber eine Ausbreitung der Infection auf die ganze Länge der Pars anterior gesehen mit längerer, durchschnittlich 33 Tage dauernder Behandlung. Um eine Infection der hinteren Harnröhre ganz auszuschließen, hat M. die Methode in der Weise modificirt, daß er bei der ersten Spülung nur den Anfangsteil der Urethra mit einer starken Kalilösung (1 : 500) auswäscht, dann mit einer etwas schwächeren Lösung die ganze vordere und zum Schluß auch die hintere Harnröhre durchspült. Nähere Angaben über die auf diesem Wege in 9—14 Tagen geheilten Fälle fehlen.

In der Discussion weist Guiard auf die Häufigkeit der frühzeitigen Urethritis posterior hin, welche wahrscheinlich gleich der Blennorrhoea anterior erst nach einem gewissen Incubationsstadium ein im Urin nachweisbares Secret liefert. Er nimmt sofort Spülungen der ganzen Harnröhre mit einer größeren Spritze nach vorgängiger Cocainisirung vor, und zwar mit bedeutend schwächeren Lösungen (1 : 6 – 10,000).

Quatre cas de résection du conduit spermatique pour combattre l'hypertrophie prostatique.

Malherbe (Nantes) hat die Exstirpation des ganzen Samenstranges auf 1—2 cm Länge in vier Fällen von Prostatahypertrophie mit gutem,

augenblicklichem Erfolge bezüglich der Urinbeschwerden vorgenommen, dabei indes einen Todesfall bei einem schon vorher an Albuminurie leidenden Patienten zu beklagen gehabt. Von Seiten der Hoden traten nur Oedem des Scrotums und entzündliche Schwellung der Hoden in Erscheinung.

Nouveaux faits de castration et de résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate.

Loumeau (Bordeaux) hat seine schon auf dem vorjährigen Congreß publicirte Statistik um 14 Fälle von Hypertrophie mit completer oder incompleter Retention bereichert, bei denen die doppelseitige Resection der Vasa deferentia dasselbe negative Resultat hatte wie bei den früheren 21 ebenso operirten Fällen. Die doppelseitige Castration hat dagegen in zwei Fällen einen guten, augenblicklichen und zur Zeit vier Monate andauernden Erfolg gegeben.

A propos du traitement des prostatiques.

Chevalier (Paris) berichtet kurz über den weiteren günstigen Verlauf eines im vorigen Jahre vorgestellten Falles von Castration und über einen zweiten inzwischen mit Verweilkatheter erfolgreich behandelten Fall von Retention in Folge Prostatahypertrophie.

Six observations d'angio-neurectomie double dans l'hypertrophie de la prostate.

Albarran und Motz haben die auf dem letzten Congreß proklamirte Operation der doppelseitigen Resection sämtlicher Gefäße und Nerven des Samenstranges inzwischen an sechs Prostatikern ausgeführt und berichten über günstige, zum Teil schon 6—10 Monate hindurch von Bestand gebliebene Erfolge, ohne ein abschließendes Urteil über den Wert der Operation fällen zu wollen. Die Wirkung der neuen Operation scheint ziemlich analog derjenigen der Castrastion zu sein: auch hier wurde in einem Falle von Retention sofortiger Beginn der spontanen Harnentleerung und in zwei anderen Verkleinerung der Prostata beobachtet.

Suites éloignées de la vasectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Nicolich (Triest) kommt auf Grund eines größeren Materials, welches 33 Operationen mit 11 vollen Erfolgen oder Besserungen und 12 Mißerfolgen umfaßt, zu dem Schluß, daß die Vasectomie den Zustand der Prostatiker günstig zu beeinflussen, die Prostatageschwulst zu verkleinern, in einzelnen Fällen alle Krankheitssymptome zu beseitigen vermag.

Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection bilaterale des canaux déférents. Résultat negatif.

Reynès (Marseille) berichtet über eine vollkommen erfolglos gebliebene Operation der genannten Art.

De l'opération de Bottini.

Nicolich schildert das von Freudenberg verbesserte Instrumentarium und die specielle Technik der Operation und giebt eine kritische Uebersicht über die von Bottini, Kümmel, Freudenberg und Anderen operirten Fälle. Nach ihm haben Clark, Czerny, Morton, Casper,

Hallé auf zusammen 24 Operirte keinen Todesfall gehabt. Er selbst hat fünf Prostatiker im Ganzen sechsmal operirt, davon drei Fälle mit vollem Erfolg; und zwar ist in einem Falle einer seit 18 Monaten andauernden completen Retention fast unmittelbar nach der Operation eine vollständig normale Urinentleerung ohne einen Rest von Residualharn eingetreten. Trotz dieser günstigen Erfolge will N. die Operation nur für die Hypertrophien, welche sich cystoskopisch als Vorsprünge des Collum vesicae markiren, reservirt wissen, während er für die Fälle von weicher, glandulärer Hypertrophie die Vasectomie für indicirt hält.

Traitement de l'hypertrophie par la méthode de Bottini.

Motz entwickelt die bisherige Statistik der Operation: 22 Fälle, davon 11 vollständige und 11 unvollständige Retentionen; unter den ersteren 7 Heilungen, davon 3 nach zweimaliger Operation, 3 Besserungen und 1 Mißerfolg. Von den 11 Fällen incompleter Retention wurden 5 vollständig geheilt, 2 bedeutend gebessert und 4 blieben ohne Erfolg. Fast in allen publicirten Fällen ist die allzu kurze Beobachtungsdauer nach der Operation zu bemängeln, welche letztere Recidive durchaus nicht auszuschließen scheint. Als stricte Indication scheint ziemlich allgemein und auch von Bottini selbst eine Hypertrophie des Mittellappens betrachtet zu werden. Nach früheren anatomischen Untersuchungen M.'s fand sich eine solche isolirt bei einem Leichenmaterial von 60 Prostatikern in einem Drittel der Fälle, in 34 Fällen dagegen totale Hypertrophie, darunter 13 mit stärkerer Entwicklung des Mittellappens.

Contribution au traitement de l'hypertrophie de la prostate par la méthode du Prof. Bottini.

Mariachess (Odessa) berichtet eingehend über vier eigene Operationen, von denen drei zu einer Heilung oder Besserung geführt haben, eine erfolglos geblieben ist Er hat die Einkerbung des Incisorschnittes an den Prostatavorsprüngen cystoskopisch nach jeder einzelnen Operation feststellen können. Für die Nachbehandlung hat er ebenfalls den Verweilkatheter verwandt.

In der Discussion sprechen sich Pousson und Desnos gegen die bezüglich der genauen Indicationsstellung und der Tragweite ihrer Einwirkung vorläufig noch vollkommen unsichere Methode aus zu Gunsten der partiellen Prostatectomie nach Sectio alta.

Prostate suppurée à gonocoques.

Cottet (Paris) hat den seltenen Fall eines auch culturell auf Gonokokken zurückgeführten Prostataabscesses im Verlauf einer acuten Gonorrhoe beobachtet; und zwar enthielt der auf dem Wege des Dittel'schen Schnittes eröffnete Eiterherd nur Gonokokken mit Anschluss der gewöhnlich vorfindlichen Eiterkokken.

Traitement des calculs prostatiques.

Desnos giebt für die Entfernung von Steinen der Prostatagegend dem blutigen Eingriff den Vorzug vor der intraurethralen Lithotritie. Der scheinbar einfachste Weg, den er selbst in einem seiner Fälle beschritten hat, der

vom Perineum aus, empfiehlt sich bei einiger Größe des Steines nicht wegen der unvermeidlichen Verletzungen und Zerreißungen der Harnröhre. In den gewöhnlichen Fällen (zwei seiner eigenen Beobachtung) bei mittlerer Größe des Steines gelang es leicht, nach Sectio alta von der Blase aus den Stein aus dem Collum vesicae zu entwickeln. Wegen Infection und Eiterung der vom Stein gesetzten Aushöhlung der Prostata mußte in einem Falle trotz bestehender Blasendrainage dem Eiter vom Damme aus Abfluß geschafft werden.

Quatre cas de calculs de la vessie, traités par la taille hypogastrique. Volumineux calcul de la vessie (190 grammes) extrait par la taille hypogastrique.

Bousquet (Clermont) und Chevallier (Paris) berichten über die in den Ueberschriften näher gekennzeichneten Steinoperationen, welche keine Besonderheiten zeigen.

Extrophie de la vessie.

Pousson hat das von Segond und Poncet angegebene plastische Verfahren dahin modificirt, daß er zur Bildung eines ernährungsfähigen oberen Lappens in das Peritonealcavum eingeht und den Lappen aus der ganzen Dicke der Blasenwand bildet. Die Heilung eines nach dieser Methode operirten Falles ging gut von Statten und wurde nur durch eine secundäre Infection beeinträchtigt.

Extor und Forgue (Montpellier) berichten über je einen nach dem Sonnenburg'schen Verfahren operirten Fall von Blasenexstrophie.

Kyste hydatique rétrovésical.

Legueu und Heresco (Paris) berichten über zwei Beobachtungen von Hydatidencysten, welche zwischen Blase und Rectum, wahrscheinlich von der Prostata aus ihre Entstehung nahmen, zu dunklen Urinbeschwerden, besonders zu Retention, Anlaß gaben und im ersten Fall (Legueu) durch Laparotomie, im zweiten vom Damm aus entleert und ausgeräumt wurden.

Quelques considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose vésicale.

Clado empfiehlt auf Grund dreier durch Cystotomie geheilter Fälle von Blasentuberculose das operative Verfahren, welches bei Geschwürsbildung in Exstirpation des tuberculösen Gewebes, in Curettement und Cauterisation der erkrankten Schleimhaut bestehen soll mit nachfolgender Drainirung der Blase und eventuellen Spülungen mit Adstringentien und Sublimat.

Reynès berichtet über einen ähnlich behandelten und geheilten Fall.

La cystoscopie dans le diagnostic des affections de la vessie chez la femme.

Clado hat das Untersuchungsverfahren Kelly's, welches in der directen Inspection der leeren und bei Knie-Brustlage der Frau von der eindringenden Luft ausgedehnten Blase unter Außenlicht besteht, durch Verwertung der Trendelenburg'schen Hochlagerung auch für die obere Hälfte des Blasencavum brauchbar gemacht und rühmt diese Methode als einfach und der Cystoscopie überlegen.

Guérison complète de trois cas de tuberculose vésicale grave.

Motz hält die localisirte Tuberculose der Blase für eine verhältnismäßig leicht heilbare Affection. Er stützt sich dabei auf Litteraturangaben und auf eine große Zahl von ihm selbst weiter verfolgter Fälle, besonders auf drei schwere Fälle, deren vollständige Ausheilung er durch genaue mikroskopische Untersuchungen des Urins verificiren konnte.

Noguès teilt zur Frage der nichtoperativen Behandlung der Blasentuberculose seine noch nicht abgeschlossenen Versuche mit Ichthyol mit, welches er in 1—4proc. wässeriger Lösung in Mengen von 20 ccm mit gutem functionellen Resultat eingespritzt hat und dem er im Vergleich zum Sublimat besonders seine Reizlosigkeit nachrühmt.

Examen histologique de 87 néoplasmes vésicaux.

Motz hat unter 87 aus Guyon's Klinik stammenden Blasengeschwülsten 25 Papillome, 15 Cancer oder Cancroide, 8 maligne Adenome, 2 Fibromyome, 1 Myom gefunden. Die relative Häufigkeit der malignen Geschwülste erklärt sich aus den äußeren Verhältnissen, unter denen die Statistik entstanden ist. Eine maligne Metaplasie anfänglich benigner Geschwülste bei Recidivirung hat M. nicht beobachtet.

Zones hystérogènes siégeant sur la muqueuse des voies urinaires et dans la prostate. Cas d'anurie hystérique avec élimination supplémentaire de l'urée.

Guisy (Athen) berichtet über einige interessante Beobachtungen von hysterischen Zuständen, welche sich von einzelnen Stellen des Urogenitaltractus auslösen lassen, und teilt ausführlich die Krankengeschichte einer Frau mit 12 Tage andauernder hysterischer Anurie mit, bei welcher eine teilweise Compensation durch Harnstoffausscheidung mit den reichlicher abgesonderten Drüsensecreten der Nase, des Mundes und anderer Organe zur Beobachtung kam.

Anurie calculeuse operée au 13 jour.

Pousson's Fall hatte außer der ungewöhnlichen Länge der Toleranzperiode noch die Besonderheit, daß ein auf der Seite der betroffenen Niere stärker ausgeprägtes Anasarka bestand. Der Umstand, daß vier Tage nach der Operation trotz der Entfernung aller auffindbaren Concremente des Nierenbeckens ein erneuter Verschluß des Ureter eintrat, spricht für die Richtigkeit der systematischen Nephrostomie in allen Fällen calculöser Anurie.

Nephrotomie par anurie calculeuse.

Vigneron empfiehlt an der Hand einer Operationsgeschichte die Beschränkung auf die einfache Nephrotomie ohne Bloßlegung der Niere und Exploration des Nierenbeckens als das kürzeste Verfahren für alle dringenden und schwierig liegenden Fälle von Steineinklemmung. In seinem Falle wurde der obstruirende Stein nachträglich spontan entleert.

De la suture immédiate du rein après la néphrotomie pour anurie calculeuse.

Loumeau (Bordeaux) hat in zwei geeigneten Fällen von Nephrotomie wegen calculöser Anurie den Nierenschnitt durch Naht unmittelbar schließen

können und den Gefahren dieses Vorgehens durch Einlegung eines gut drainirenden Verweilkatheters in den Ureter und Drainage der Operationswunde bis zur Niere begegnet.

Rupture de l'uretère par contusion de la région renale.

Nicolich konnte den seltenen Fall einer traumatischen Ureterruptur beobachten, welche zu Hämaturie und einer Monate lang ohne Fieber bestehenden, durch Harninfiltration des retroperitonealen Gewebes gesetzten Geschwulst führte, welche durch wiederholte Punctionen und Entleerung von Mengen bis zu 4 l einer blutigtingirten Flüssigkeit zur vollständigen Heilung kam.

Foie mobile simulant un rein mobile.

Genouville (Paris) fand bei einer Patientin, welche von den Beschwerden der Ren mobilis früher durch Nephropexie befreit worden war, bei erneutem Auftreten dieser Symptome an Stelle der vermuteten Nephroptose einen abnorm verlagerten, zungenförmigen Leberlappen, der durch Naht an die Bauchwand befestigt wurde. Er geht auf die Differentialdiagnose dieser Zustände näher ein und erhält in einer Discussionsbemerkung die Unterstützung Albarran's für die Empfehlung des Phonendoskops Bianchi's als wertvolles Hilfsmittel zur exacten Bestimmung der Lage der Niere.

Etude sur 140 cas de cathétérisme cystoscopique des uretères. Technique opératoire. Indications.

Pasteau giebt auf Grund von 140 eigenen Beobachtungen aus der Klinik Guyon's einen kurzen, im Wesentlichen Bekanntes wiederholenden, das Thema übrigens nicht erschöpfenden Abriß der Technik des Ureterenkatheterismus und seiner diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Er hat ausschließlich das Albarran'sche Instrument angewendet, mit welchem er Sonden vom Kaliber No. 6—8 mit abgerundeter Spitze, in der Regel, wie es scheint, bis hinauf zum Nierenbecken einführte. Die Instrumente werden in einem von Albarran angegebenen neuen Sterilisator mit Formalindämpfen sterilisirt, und dem Katheterismus wird jedes Mal eine Blasenspülung mit $1^0/_{00}$ Argentumlösung nachgeschickt. Unter diesen Cautelen will P. trotz der großen Zahl eigener und fremder Sondirungen keine klinisch irgend wie zur Geltung gekommene Infection beobachtet haben, welche dem Katheterismus der Ureteren zur Last fiele.

Reynès (Marseille) hat den Ureterenkatheterismus ungefähr 15mal an vier Fällen geübt, unter denen eine mit Nierenbeckenspülungen behandelte Pyelitis besonders erwähnenswert ist, weil sie ein drei Tage langes Liegenbleiben des Katheters gut vertrug.

Traitement des pyélites par les lavages du bassinet.

Albarran hat im Anschluß an die erste Mitteilung Casper's die Behandlung von Pyelitiden mittelst seines neuen Instruments in Angriff genommen und teilt jetzt die ausführlichen Krankengeschichten von sieben Fällen mit. Er kann zwar von keinen Heilungen, wohl aber von bedeutenden Besserungen berichten und hofft von der noch wenig ausgebildeten Methode besonders, daß ihre frühzeitige Anwendung die Ausbildung schwerer Läsionen

in Zukunft werde verhindern helfen. Bemerkenswert ist auch hier, daß in keinem Fall eine directe Schädigung durch diese Behandlung zu beobachten war. In den allein zur Behandlung gelangten Fällen mit keiner oder sehr geringer Retention nahm er die Spülungen jeden zweiten Tag, einige Male sogar täglich zweimal vor und ließ in letzterem Falle den Katheter den Tag über liegen, was gut vertragen wurde. Als Spülflüssigkeit wurde zunächst Borsäure, nach Klarspülen Argentum 1 : 1000 bis 1 : 300 verwendet.

Desnos: De quelques accidents consécutifs au cathétérisme des uretères.

D. schließt sich im Allgemeinen dem Urteil der Vorredner über die Vorzüge der neuen therapeutischen Methode an, giebt aber zur genaueren Präcisirung der Contraindicationen ausführlich Bericht über vier Fälle von Pyelitis, bei denen der Ureterkatheter Schaden gestiftet hat. In allen vier Fällen handelte es sich allerdings um schwere, inficirte Nierenbeckeneiterungen, in deren Secret sich der Colibacillus oder andere Eiterkokken nachweisen ließen; in einem Falle, der vier Tage nach Einführung der Sonde (Verweilkatheter) letal endigte, um eine schwere, fötide Pyonephrose, welche eine sofortige Operation, die verweigert wurde, erfordert hätte. Die üblen Folgen der einzelnen Katheterismen bestanden in allen Fällen in hohen, unter starken Schüttelfrösten eintretenden Temperatursteigerungen mit starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, und D. vergleicht diesen Effect mit ähnlichen Zufällen beim Katheterismus der inficirten Blase.

Sur le traitement de l'hydrocèle.

Malherbe (Nantes) empfiehlt als vollkommen ungefährliches Verfahren zur Behandlung der chronischen Hydrocele die Injection von 4 ccm reiner Jodtinctur durch die Punctionscanüle in den entleerten und vorher durch Cocaininjection anästhesirten Vaginalsack.

Zum Schluß folgt eine Reihe von Demonstrationen von Apparaten und Instrumenten, unter denen hervorzuheben ist ein für Formalindämpfe eingerichteter Sterilisationsapparat von Albarran mit einer ingeniösen Vorrichtung zur Entwicklung der Formalindämpfe aus Holzessig mittelst glühenden Plantischwammes (Etuve thermo-formogène) und ein neues, die Lenkeinrichtung des Albarran'schen Instrumentes nachahmendes Uretercystoskop Nitze's.

Auf die Tagesordnung des nächstjährigen Congresses ist als Hauptthema gesetzt: Des hématuries dites essentielles mit Malherbe (Nantes) und Glantenay (Paris) als Berichterstatter.

Julius Jacobsohn (Berlin).

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. Schulze (Vellinghausen): **Ein eigentümlicher Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus.** (Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 51.)

Aus der ausführlichen Schilderung des vorliegenden Falles ergiebt sich, daß bei einem äußerlich entschieden weiblich gebildeten Individuum, bei dem Vorhandensein weiblicher Geschlechtsgänge in vorgeschrittener Ausbildung sich doch eine männliche Geschlechtsdrüse vorfand, wodurch der Fall als Pseudohermaphroditismus masculinus bestimmt war. Besonders bemerkenswert ist hierbei noch, daß die Bildung der äußeren Genitalien von der vorhandenen männlichen Geschlechtsdrüse nicht beeinflußt wurde, sondern ganz nach dem weiblichen Typus vor sich ging. In der rechten Inguinalgegend ließ sich, soweit es die äußere Untersuchung zuließ, nichts Abnormes finden, und es ist auch fraglich, ob noch eine weitere Geschlechtsdrüse existirt. Doch schließt die im vorliegenden Fall zweifellos constatirte Anwesenheit von Hoden das gleichzeitige Vorhandensein einer zweiten Geschlechtsdrüse keineswegs aus, und es ist möglich, daß eine eventuelle spätere anatomische Untersuchung positiv ausfällt Außer den soeben er-

wähnten interessanten entwicklungsgeschichtlichen Veränderungen gewinnt der vorliegende Fall noch dadurch ein besonderes Interesse, daß die rudimentären Teile in einer Leistenhernie gelagert waren. Die vorgefundene vollständige Obliteration des Bruchsackhalses weist auf sehr frühzeitige, wahrscheinlich schon während des intra-uterinen Lebens stattgehabte Verlagerung des Bruchinhalts hin, da es schwer hält, sich vorzustellen, wie unter der steten Einwirkung der Bauchpresse von der Geburt an, bei Abwesenheit von Entzündung und Trauma ein Verschluß des Canalis Nuckii zu Stande kommen sollte. Li.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Bezyl (Toulouse): **Urologie normale de la seconde enfance.** (La Presse médicale 1898, No. 85.)

Um über eventuelle Abnormität des Harns bei Kindern (nicht Säuglingen) urteilen zu können, ist es nötig gewesen, die normalen Verhältnisse desselben genau festzustellen und zu einem Typus zu formuliren. B. berichtet nun über einen solchen Typus, der von mehreren seiner Schüler aufgestellt wurde, und zwar in Berechnung auf je 1 kg Körpergewicht und je 24 Stunden: Die Gesamtquantität beträgt 30—38 ccm, ist somit $1^1/_2$—2mal größer, als bei Erwachsenen. Die Gesamtstickstoffmenge beträgt 30—33 ccm (bei Erwachsenen 28 ccm). Die Harnstoffmenge pro Kilogramm variirt, je nach dem Alter, zwischen 61 und 73 ccm, ist also zweimal so groß, wie die bei Erwachsenen. Das Verhältnis zwischen dem Stickstoff des Harnstoffes und dem Gesamtstickstoff ist 88—90 : 100. Die Harnsäuremenge pro Kilogramm variirt zwischen 9 und 10 mg, die Menge der Phosphorsäure beträgt im Alter von 1—5 Jahren 67—77 mg und nimmt mit dem Alter ab. Li.

Dr. Christomanos (Athen): **Nachweis von Chinin im Harne durch Picrinsäure.** (Deutsche med. Wochenschrift 1898, No. 44.)

Lösungen von Chininsalzen geben mit wässeriger Picrinsäurelösung versetzt eine dichte, voluminöse, citronengelbe Fällung von picrinsaurem Chinin. Der entstehende Niederschlag ist amorph, löst sich im warmen Alkohol leicht auf, im kalten Wasser ist er vollkommen unlöslich und schmilzt im kochenden Wasser zu einer harzigen, gelblichen Masse zusammen. Nach Verdunstung der alkoholischen Lösung bilden sich am Rande der Deckgläser, unter dem Mikroskope, feine nadelförmige, gelbliche Krystalle. Diese bei der Mischung von Chinin und Picrinsäurelösungen entstehende unlösliche Verbindung ist noch bei einer Verdünnung von 1 : 50000 als eine deutliche, gelblichweiße Trübung leicht erkennbar. Auch im Harn tritt nach der Einnahme von Chinin durch Picrinsäurezusatz eine

Fällung oder bei geringeren Chinindosen (0,25—0,1) nur eine Trübung auf. Wichtig ist, daß diese Fällung resp. Trübung auch durch das Esbach'sche Reagens hervorgerufen wird, welches bekanntlich zur Eiweißbestimmung und wegen seiner bequemen Handhabung vielen Practikern auch zum Eiweißnachweise dient. Daraus könnte irrtümlicher Weise manchmal Eiweiß supponirt werden, wo nur Chinin vorhanden ist. Das negative Ausfallen jedoch der Kochprobe und der Ferrocyankalium-Essigsäurereaction erlaubt leicht, die Gegenwart von Eiweiß auszuschließen, auch das Aussehen des entstandenen picrinsauren Chininniederschlages ist von der Eiweißfällung verschieden. Ersterer ist pulverig, während letztere ihr bekanntes Aussehen hat. Ist jedoch Eiweiß im Harn vorhanden, so ist diese Reaction nicht zu gebrauchen, da das Chinin beim Ausfällen des Eiweiß durch Kochen mit ausgefällt wird. Li.

Dr. Wolf: **Ueber die Diazoreaction.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 49.)

Ehrlich giebt als Kriterien der positiven Diazoreaction die rote Flüssigkeit, den rosa Schaum und einen grünen Niederschlag an. Der letztere wurde jedoch von vielen Beobachtern vermißt. Verf hat sich vor Allem mit der Untersuchung des grünen Niederschlages beschäftigt. Dieser besteht, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, aus Tripelphosphat und harnsaurem Ammon. Das letztere ist dunkel gefärbt und läßt sich durch Centrifugiren gewinnen. In der centrifugirten und filtrirten Probe trat nach 12 bis 24 Stunden ein grüner Niederschlag auf, der ganz aus harnsaurem Ammon bestand. Die am Filter gebliebenen Phosphate blieben gelb gefärbt. Es handelt sich also um eine Färbung des harnsauren Ammons. Es kommt häufig vor, daß die Flüssigkeit rot, der Schaum rosa ist, der grüne Niederschlag aber trotzdem nicht auftritt, und dies geschieht, wenn die Bildung des harnsauren Ammons nicht vor sich geht. Wurde diese durch Zusatz ermöglicht, so trat Grünfärbung des Niederschlages auf. Es lässt sich daher sagen: Wenn der Niederschlag grün ist, ist die Probe als positiv anzusehen; wenn aber dies nicht der Fall ist, so muß man das Sediment darauf untersuchen, ob harnsaures Ammon vorhanden ist. Bei positivem Befunde ist die Probe unbedingt negativ. Was die Bedeutung der Reaction betrifft, so kann man ihr für den Typhus abdominalis sowie auch für die Tuberculose eine hervorragende prognostische Wichtigkeit beimessen. Das Verschwinden bei Typhus ist bei gutem Allgemeinbefinden ein sicheres Zeichen für bevorstehende Entfieberung. Ihr Auftreten bei Tuberculose ist ein Signum mali ominis. Welche Substanz die Reaction bedingt, ist unbekannt. Lubowski.

Dr. Nemser (Petersburg): **Albumosurie (sog. Peptonurie) bei Scharlach.** (Bolnitschnaja Gasetta Botkina 1898, No. 49.)

Verf. gelangt auf Grund sorgfältiger Harnanalysen bei 17 scharlachkranken Kindern zu folgenden Schlüssen über das Auftreten von Albumosurie bei Scharlach:

1. Im Harn von Scharlachkranken findet man sehr häufig Albumose aber nur in Spuren; in größeren Mengen findet man dieselbe selten.

2. Bei Scharlach wird Albuminurie ohne Albumosurie und umgekehrt Albumosurie ohne Albuminurie angetroffen.

3. In drei Fällen von Scharlach, die mit Pneumonie complicirt waren, stellte sich vom dritten bis vierten Tage der Pneumonieerkrankung stark ausgesprochene Albumosurie ein, die zur gleichen Zeit mit dem Fieber verschwand.

4. Das Auftreten von Albumose im Harn steht mit der Schwere der Scharlacherkrankung in keinem Zusammenhang: schwere Scharlachfälle verlaufen häufig bis zum Eintritt des Todes ohne Albumosurie, während andererseits in leichten Fällen von Scharlach nicht selten hochgradige Albumosurie angetroffen wird.

5. Von den Complicationen des Scharlachs wurden von Albumosurie am häufigsten begleitet Entzündung des Mittelohrs und Entzündung der Lymphdrüsen mit Uebergang in Eiterung.

6. Die Albumosurie hat für den Scharlach keinen diagnostischen Wert.

7. Das Evans'sche Reagens ist zur directen Bestimmung von Albumosen im Harn ungeeignet.

8. Ein Zusammenhang zwischen dem Fieber und der Albumosurie läßt sich beim Scharlach nicht constatiren. M. L.

Smith: **Diphtheria Bacilli in the Urine.** (The Lancet, 19. November 1898.)

Der vorliegenden Mitteilung liegt ein Experiment zu Grunde, dessen Ergebnis, falls es sich bei weiteren Untersuchungen bestätigen würde, von weittragendster Bedeutung sein dürfte. Verf. hat Meerschweinchen Fleischbouillonculturen des Diphtheriebacillus injicirt und dann nach Tötung der Tiere in der Harnblasenschleimhaut bezw. im Harn Massen des typischen Löffler'schen Bacillus constatirt. In dem einem Falle stellte sich nach der Injection der Diphtheriecultur Hämaturie ein. Verf. glaubt nun annehmen zu können, daß die Diphtheriebacillen eventuell auch durch die Nieren aus dem Organismus ausgeschieden werden und daß der Harn, sowie auch die Fäces (diese sind ja meist mit mehr oder weniger Harn vermengt) diphtheriekranker Personen folglich Diphtheriebacillen enthalten und in der Verbreitung der Diphtherie einen Vermittler abgeben können. Den Excrementen diphtheriekranker Personen gegenüber wären demnach dieselben Desinfectionsvorschriften angezeigt, wie den abdominaltyphösen Patienten gegenüber. Lubowski.

Dr. Barlow (Urmston): **Diphtheria Bacilli in Urine.** (The Lancet, 3. December 1898.)

Die Publication von Smith über Auftreten von Diphtheriebacillen im Harn von Meerschweinchen veranlaßte den Verf., folgenden Fall mitzuteilen:

Die 19jähr., gut genährte Patientin wurde in's Krankenhaus mit typischer Mandeldiphtherie, jedoch mit mäßigem Fieber, mit verhältnismäßig langsamem, aber gut gefülltem Puls und bräunlich-grünlichem Harn aufgenommen. Sonst nichts Abnormes. In der Anamnese Pocken in der Kindheit und Influenza 1—2 Jahre vor der gegenwärtigen Erkrankung; außerdem vorübergehende Anfälle von Kopfschmerz und Erbrechen. Die dunkele Farbe des Harns wurde zum ersten Male am dritten Krankheitstage bemerkt. Der saure Harn enthielt Eiweiß, Blut, harnsaure Salze, Cylinder und Bacillen, von denen einige den Diphtheriebacillen ähnlich waren. Der Unterschied zwischen dem aus dem Harn gezüchteten und dem Diphtheriebacillus war nicht größer, als der zwischen den drei bis vier bekannten verschiedenen Typen des Diphtheriebacillus. Bezüglich des Ursprungs der Bacillen meint Verf., daß es durchaus nicht notwendig sei, an eine Invasion von Seiten der Nieren zu denken; bei aller Sauberkeit, mit der die Untersuchungen ausgeführt wurden, ist eine Verunreinigung von außen nicht von der Hand zu weisen; dafür spricht auch der Umstand, daß doch noch andere Mikrobienarten vorhanden waren. Andererseits war in diesem Falle bemerkenswert, daß das Auftreten der diphtherieähnlichen Bacillen mit der Intensität der bei der Patientin bestandenen Nephritis Hand in Hand ging: so wurden am 15. Krankheitstage im Harn keine Bacillen und nur eine äußerst geringe Quantität von Eiweiß constatirt. Li.

Brocard: **La glycosurie des femmes enceintes.** (La semaine médicale 1898, No. 60.)

Verf. fand unter 125 Schwangeren 60 mit Glycosurie. Letztere schwankte in Abhängigkeit von Diät, von der Zeit der Miction zum Zwecke der Untersuchung etc. Meistenteils wurden Glycose und Lactose, in Ausnahmefällen Saccharose und Laevulose gefunden. Andererseits constatirte Verf., daß es bei einer Anzahl von Frauen zur Herbeiführung von Glycosurie genügt, denselben 50—100 g reiner Glycose zu verabreichen. Die Frage, in welcher Weise oder unter welchen Umständen so geringe Mengen von Glycose experimentelle Glycosurie herbeiführen können, beantwortet Verf. mit einem Hinweis auf die bei Schwangeren auftretenden allgemeinen Ernährungsstörungen. Li.

Keim: **Recherches sur la glycosurie de la grossesse et de la puerpéralité.** (Le progrès médical 1898, No. 48.)

Von 25 Entbundenen hatten 20 Glykosurie; die Glykosurie ist also eine fast regelmäßige Erscheinung. Manchmal tritt sie früher auf, als die Milchsecretion. Die Glykosurie ist eine Folge der Milchsecretion, die Excretion ist secundär. Die Glykosurie schwindet schnell und konnte bei einer 2monatlichen und einer 5monatlichen Amme nicht wiedergefunden werden. Bei 19 schwangeren Frauen fand sich zweimal Glykosurie vor der Entbindung und zweimal in pathologischen Fällen. Sie ist also während der

Schwangerschaft etwas Außergewöhnliches. Sie hängt hier nicht mit der Secretion der Brustdrüse zusammen, sondern ist ein pathologisches Symptom. Bei Eclamptischen zeigt sich manchmal schon während der Schwangerschaft Glykosurie. Immerwahr (Berlin).

Dr. Monckton (Feilding): **Intestinal Antiseptics in Diabetes.** (British Medical Journal, 19. November 1898.)

Verf. hat bereits vor vielen Jahren die Wahrnehmung gemacht, daß es bei der Behandlung des Diabetes sehr viel auf die Einschränkung der Gährungsprocesse im Darmcanal ankomme. Von dieser Erfahrung ausgehend, hat Verf. in letzterer Zeit mehrere Fälle von Diabetes mit Natrium sulfo-phenolicum behandelt, und zwar mit solchem Erfolge, daß manche Patienten vollkommen geheilt wurden. Von besonders hervorragender Wirkung zeigte sich das Mittel in einem Falle von acutem Diabetes bei einem Mann mittleren Alters, bei dem die Krankheit so rapid verlief, daß er innerhalb kurzer Zeit stark abmagerte, decrepid wurde, des Sehvermögen zum Teil einbüßte und Ulcerationen an den Gelenken bekam. Specifisches Gewicht des Harns 1048. Nach einer 18monatlichen Behandlung mit Natrium sulfo-phenolicum hatte der Patient sein ursprüngliches Körpergewicht beinahe ganz wieder erreicht; das specifische Gewicht des Harns war auf 1030 gesunken, der Zuckergehalt ganz gering geworden. Das Allgemeinbefinden des Patienten besserte sich derart, daß der früher hinfällige Kranke nunmehr schwere Arbeit zu verrichten vermochte. Später verwandte Verf. das Mittel bei mehreren Personen mittleren Alters, sowie auch bei älteren Personen, und erzielte stets bedeutende Besserung, wenn auch nicht vollständigen Schwund des Zuckers.

In einem anderen Fall von Diabetes mellitus bei einem 12jährigen Knaben (eigenem Sohn des Verf.'s) blieb die Behandlung mit Natrium sulfophenolicum ohne nennenswerte Wirkung. Verf. versuchte in Folge dessen dasselbe durch Borsäure zu ersetzen und war von dem glänzenden Erfolg überrascht: der Knabe genas vollkommen und dauernd. — In letzter Zeit hat Verf. mit dem Natrium sulfo-phenolicum wiederum einen Fall von schwerem Diabetes behandelt, der eine 26jährige, unverheiratete junge Dame betraf. Das Mittel setzte sofort den Zuckergehalt des Harns herab, und die Patientin erlangte bald ihr ursprüngliches Körpergewicht wieder. Die Behandlung wurde nun mit Borsäure fortgeführt und brachte vollständige Heilung. Li.

Abraham Mayer: **Eine neue Diabetestherapie.** (Wiener med. Blätter 1898, No. 52.)

Wenn im Harne des Patienten kein Aceton vorhanden ist, so wird er zwei Wochen auf antidiabetische Kost gesetzt, während welcher Zeit man ihm Sublimat giebt. Man beginnt mit 0,01 g dreimal täglich und steigt nach 2—3 Tagen bis 0,015 g. Nach einer Woche giebt man 0,02 g dreimal

täglich nach der Mahlzeit in Wasser gelöst. Dieses ist die Maximaldose. Verf. beobachtete nie Quecksilbervergiftungen. Eine etwas heftige Diarrhoe tritt in den ersten Tagen auf, insbesondere, wenn der Patient an Constipation gelitten. Nach 2—3 Wochen zeigen die Patienten eine sichtliche Verringerung der Zuckermenge und eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens. Sobald man dieses Resultat erhalten, geht man mit den Sublimatdosen wieder herunter und kann dem Patienten eine etwas bessere Diät gestatten. Auch wenn der Zucker gänzlich verschwunden ist, gebe man noch kleine Sublimatdosen. Immerwahr (Berlin).

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Pompeani: **Toxine et antitoxine du gonocoque, étude critique et expérimentale.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Annal. de derm. et de syph. 1898, X.)

Im Ganzen werden die Untersuchungen von Christmas bestätigt. Die Autoren, welche negative Resultate erhalten haben, hatten entweder überhaupt keine Gonokokkenculturen, oder zu wenig virulente in der Hand, oder sie hatten sich eines Filtrationsverfahrens bedient, das das Gonokokkentoxin nicht passiren ließ. Coagulirtes reines Kaninchenblutserum und peptonisirte Ascitesflüssigkeit bilden den besten Boden für Culturen. Das Gonokokkentoxin bringt bei Menschen und Tieren Gewichtsverlust und entzündliche Erscheinungen hervor, deren Stärke nach der angewandten Dosis schwankt. Das Serum der Kaninchen und Ziegen gewinnt antitoxische Eigenschaften, wenn die Tiere Toxine injicirt erhalten. Dreyer (Köln).

Gachon: **Les infections blennorrhagiques.** (Thèse de Montpellier 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Der Tripper ist eine toxisch-infectiöse Allgemeinkrankheit und kann Entzündungen der Gelenkserosa und der periarticulären Gewebe hervorrufen, die mit oder ohne Erguß verlaufen. Im ersteren Fall kann das Exsudat serös oder eitrig-serös sein, und man findet fast immer Gonokokken in demselben. Dreyer (Köln).

J. Jellineck: **Ein neues Argoninpräparat.** (Ung. med. Presse 1898, No. 48.)

Das neue Präparat, Argonin L genannt, zeichnet sich vor dem alten Argonin durch seine sehr leichte Löslichkeit im Wasser und durch die Beständigkeit seiner Lösung aus (sie hält sich Monate lang). Es enthält 10 pCt. Silber. Die Erfahrungen, die Verf. mit dem neuen Präparat gemacht hat,

lassen sich dahin zusammenfassen, daß 1proc. Lösungen vollkommen reizlos sind und selbst in den acutesten Fällen gut vertragen werden. Die prolongirten Einspritzungen und selbst abortive Injectionen (mit 3proc. Lösung) lassen sich ohne jede störende Nebenwirkung ausführen. Die Gonokokken verschwanden zwischen dem dritten und neunten Tag aus dem Secret. Bei pünktlicher Application des Mittels lassen sich sowohl Complicationen als auch die Ausdehnung einer Urethritis anterior auf die hintere Harnröhre vermeiden. Ein Adstringens ist das Argonin L nicht. Verf. empfiehlt deshalb, sobald die Gonokokken aus der Urethra verschwunden sind, regelmäßige adstringirende Einspritzungen vorzunehmen. Ritterband.

Dr. Swinburne (New York): **Some Observations on the Treatment of acute Gonorrhea.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, Juli 1898.)

Verf. empfiehlt auf Grund seiner sehr günstigen Erfahrungen, die er an einer großen Reihe von Fällen gemacht hatte, die bewährte Janet'sche Methode der Gonorrhoebehandlung in Fällen von acuter Gonorrhoe mit Argonininjectionen zu combiniren, und zwar in der Weise, daß zunächst Irrigationen mit Kalium hypermanganicum und dann mit einer 10proc. Argoninlösung gemacht werden. Der Erfolg dieser combinirten Behandlung war in sämtlichen Fällen des Verf.'s ein durchweg ausgezeichneter und jedenfalls ein weit besserer, als bei der Anwendung des Kalium hypermanganicum oder des Argonin allein Li.

Haidentoff: **Essai comparatif sur le traitement de la blennorrhagie par les lavages uréthro-vésicaux au protargol et au nitrat d'argent.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. hat 21 Kranke — 13 acute, 5 subacute und 3 chronische Gonorrhoen — mit Protargolspülungen und 13 Kranke — 5 acute, 5 subacute und 3 chronische Fälle — mit Höllensteinspülungen behandelt. Die Protargollösungen 1 : 1000 wurden besser vertragen als die Höllensteinlösungen 1 : 6000 bis 1 : 10000. Man kann eine Gonorrhoe mit Protargolspülungen heilen, muß letztere aber, um die Heilung zu erreichen, noch eine Woche lang nach dem vollständigen Verschwinden der Gonokokken und des Ausflusses fortsetzen. In einigen Fällen läßt Protargol gänzlich im Stich. Dasselbe macht keine Niederschläge, und es bedarf deshalb zur Lösung nicht des destillirten Wassers. Uebrigens kann man die gleichen Resultate mit Argentum nitricum erreichen und dessen irritirende Eigenschaften durch Lösungen bis zu 1:100'0 umgehen. Dreyer (Köln).

Dr. Max Bender (Düsseldorf): **Weitere Mittellungen über neuere Antigonorrhoica.** (Wiener med. Presse 1898, 48—49.)

Durch das von Schäffer eingeführte Argentamin (Aethylendiaminsilberphosphat) ist ein Mittel gegeben, welches entschieden energischer

antibacteriell, als das Arg. nitricum, speciell gonokokkentötend wirkt und tiefer in das Gewebe eindringt, als concentrirte Arg. nitricum-Lösung; es reizt aber auch stärker und ist deshalb nur für ganz besondere Erkrankungsformen geeignet. Bei einer Concentration von 1:5000—1:4000 für die Urethra anterior und einer solchen von 1:1000—1:500 für die Urethra posterior schwinden die Gonokokken auffallend schnell; die besonders im Anfang der Behandlung stärker werdenden Reizerscheinungen nimmt man um so leichter mit in den Kauf, als speciell die chronische Urethritis mit subepithelialen Infiltraten in hervorragend günstiger Weise von dem Medicament beeinflußt wird. Hinsichtlich der Gebrauchsweise des Argentamins bemerkt B., daß die besten Resultate durch Spülungen mit dem Mittel erzielt werden. Ein wesentlicher Fortschritt in der Tripperbehandlung wird durch die Einführung des Argonins insofern bezeichnet, als das Mittel, trotz seiner gonokokkentötenden Eigenschaft, auch in starken Lösungen kaum reizend wirkt. Ursprünglich fing man die Behandlung der Urethritis anterior des Mannes, dem Silbergehalte des Argonins (15 g des Pulvers enthalten so viel Argentum, wie 1 g Argentum nitricum) entsprechend, mit Lösungen von 15:4000—3000 an, welche, weil absolut nicht reizend, bald auf 15:1000 bis 750 verstärkt wurden. Jetzt verordnete man für gewöhnlich 2proc. Solutionen, welche auch bei ganz frischen Fällen nur sehr geringe, kaum nennenswerte Empfindlichkeit und vor Allem gar keine stärkeren Entzündungserscheinungen hervorrufen. Das Medicament erweist sich als ein durchaus zuverlässiges, in kurzer Zeit gonokokkenvernichtendes, ohne daß es dabei zu besonders entzündungserregenden oder gar ätzenden Erscheinungen kommt. Wenn ihm auch adstringirende Eigenschaften zu fehlen scheinen, so daß zur rein anticatarrhalischen Behandlung für gewöhnlich andere Mittel zu Hilfe genommen werden müssen, so ist doch bei einer ganzen Reihe von Patienten, offenbar durch die absolute Reizlosigkeit des Argonins bedingt, jegliche Spur von Absonderung unter ausschließlichem Gebrauch des Antisepticums geschwunden. In geradezu auffallender Weise minderten sich die Complicationen bei der acuten Gonorrhoe, obwohl die Behandlung auch im heftigsten Entzündungsstadium begonnen und trotz desselben fortgesetzt wurde. Nur ausnahmsweise ging der Proceß auf die Urethra posterior über, nur selten trat Epididymitis auf, welche an sich zur Unterbrechung der vorsichtig ausgeführten Einspritzungen keinen Anlaß gab; auch die so sehr gefürchteten Blasenhalsreizerscheinungen wurden kaum mehr gesehen.

Trotz dieses wesentlichen Fortschritts war doch die Einführung des Protargols durch Neisser schon deshalb mit besonderer Freude zu begrüßen, weil dem Argonin der Nachteil der Schwierigkeit und Unverläßlichkeit der fabrikmäßigen Darstellung anzuhaften schien. Auch das Protargol, Argentum-Protein, tötet in 0,5—1proc. Lösung die Gonokokken rasch ab und reizt die Schleimhäute nicht. Es hat vor dem Argonin den Vorzug des stärkeren Silbergehalts (8,3 pCt. gegen 4,2 pCt. des Argonin), es löst sich leichter und wird vom Licht nicht zersetzt. Auch dieses Mittel übt auf den gonorrhoischen Proceß einen geradezu specifischen Einfluß aus, der sich

in characteristischer Weise in der Veränderung des Urethralsecretes zeigt, und Verf. glaubt, um so mehr das Mittel empfehlen zu dürfen, als die Reihe der Beobachter, welche dieser neuesten Silbereiweißverbindung, als solcher, jeden therapeutischen Wert absprechen, doch verschwindend klein genannt werden kann gegenüber jenen vielen Autoren, welche womöglich eine noch beträchtlichere und zuverlässigere Wirkung feststellen konnten, als der Entdecker zu erwarten gehofft hatte.

Bezüglich der Fragen, wann die örtliche Behandlung der Gonorrhoe begonnen und wann dieselbe abgebrochen werden soll, ist Verf. in Uebereinstimmung mit Neisser der Ansicht, daß dieselbe möglichst bald nach der Infection einzuleiten, unter stetiger mikroskopischer Controle fortzuführen und dann abzubrechen ist, wenn die wiederholte mikroskopische Untersuchung keine Gonokokken mehr aufweist. Li.

Dr. Juwatschew (Petersburg): **Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Urethritiden mittelst eines neuen Katheters mit Rückstrom.** (Wratsch 1898, No. 43.)

Um einem der Janet'schen Methode anhaftenden Mangel abzuhelfen, hat Verf., dem Gedanken Laaf's folgend, einen Katheter construirt, der 12 cm lang ist und in einen leicht gekrümmten, 2 cm langen Schnabel ausläuft. Auf den Längsseiten des Katheters verlaufen vier Rinnen, die in kleine, für den Abfluß der Flüssigkeit bestimmte Oeffnungen münden. Auf dem Querdurchschnitt hat der Katheter die Form eines Kreuzes mit abgerundeten Ecken. Der größte Querdurchschnitt des Katheters entspricht No. 16—18 der Charrière'schen Scala Die Rinnen ermöglichen es, daß die Flüssigkeit aus der Harnröhre nach geleisteter Spülung zurückfließt. Der Katheter wird bis an den Hals der Harnblase eingeführt und hierauf der Flüssigkeitsstrom unter möglichst geringem Druck in Bewegung gesetzt. Zu den Ausspülungen gebrauchte Verf. Lösungen von Kali hypermanganicum 1 : 4000; jetzt beabsichtigt Verf., schwache Lösungen von Silber und Sublimat, sowie auch physiologische Kochsalzlösungen anzuwenden, um in Erfahrung zu bringen, ob bei dieser Behandlungsmethode die mechanische Wirkung oder die chemische Zusammensetzung der Flüssigkeit die Hauptrolle spiele. Ebenso beabsichtigt Verf., Beobachtungen über den Einfluß der Temperatur der zur Ausspülung verwendeten Flüssigkeit anzustellen. Die Behandlung mit den Ausspülungen beginnt sofort mit der Aufnahme des Patienten in's Krankenhaus, ohne Rücksicht auf den Character der Erkrankung, vorausgesetzt, daß keine Complicationen vorhanden sind. Jeder Patient bekommt täglich nur eine Ausspülung unter Verbrauch von ca. 2 Pfd. Flüssigkeit von Zimmertemperatur. Innere Medicamente werden nicht verabreicht; die Lebensweise des Patienten ist die im Krankenhause übliche. Nach Abschluß der Behandlung bekam jeder Patient einige Tage Ruhe; stellte sich kein Recidiv ein, so bekam der Patient eine reizende Injection; das dabei erhaltene Secret wurde nun mikroskopisch auf Gonokokken untersucht. Als

vollständig geheilt wurden nur diejenigen Patienten betrachtet, bei denen wiederholte Untersuchungen des künstlich erzeugten Harnröhrensecrets keine Gonokokken ergaben. Verf. hat bis jetzt im Ganzen 20 Patienten in geschilderter Weise behandelt und glaubt, seine dabei gemachten Erfahrungen in folgenden Schlußsätzen zusammenfassen zu können:

1. Mittelst Ausspülungen kann man sowohl acute wie auch chronische Gonorrhoe behandeln.

2. Acute Gonorrhoe kann vom ersten Erkrankungstage in diese Behandlung genommen werden.

3. Zur vollständigen Heilung ist eine 10—15tägige Behandlungsdauer bei täglich einmaliger Ausspülung erforderlich.

4. Die Ausspülungen üben auf die Harnröhre keinen Reiz aus.

5. Wird die Ausspülung unter geringem Druck gemacht, so dringt die Spülflüssigkeit in die Harnblase nicht ein.

6. In keinem der Fälle hatte sich bei dieser Behandlungsmethode irgend eine der bekannten Complicationen eingestellt.

7. Die Harnblase ist vor der Ausspülung zu entleeren. Li.

Dr. Judin: **Ueber die Gonorrhoebehandlung nach Janet.** (Wojenno-medicinski Journal, August 1898.)

Die Erfahrungen des Verfassers umfassen 21 Fälle von Gonorrhoe, darunter 7 acute und 14 chronische. Er machte die Auswaschungen mittelst Esmarch'schen Irrigators und Lösungen von Kalium hypermanganicum (1:6000 und dann allmählich steigend bis 1:1000) von 37—39° C. einmal täglich unter Verbrauch von 200,0—300,0 Flüssigkeit. Zur Erzielung einer vollständigen Heilung waren im Durchschnitt 16 Ausspülungen erforderlich. Verf. gelangt nun auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, daß die Janet'sche Methode allen anderen Methoden der Gonorrhoebehandlung überlegen sei: sie gebe raschere und dauerndere Heilung, verursache seltener Complicationen, sei in technischer Beziehung leicht ausführbar und mit äußerst geringem mechanischen Insult und daher mit gar keinen Schmerzen verbunden. Li.

Reginald Harrison: **On a Mode of Stetching some Urethral Strictures.** (The Lancet, 6. August 1898.)

Verf, der bereits mehrmals über die Frage der Behandlung von Harnröhrenstricturen berichtet hatte (cf. diese Zeitschrift 1898, S. 232 und 347), schildert in vorliegender Arbeit eine etwas seltener vorkommende Art von Stricturen und eine für dieselbe von ihm ersonnene Behandlungsmethode nebst dem dazugehörenden Instrumentarium. Es handelt sich meist um Individuen mittleren Alters, die Monate oder Jahre hindurch mit einer vernachlässigten Strictur ihrer Beschäftigung nachgehen und ärztliche Hilfe erst dann aufsuchen, wenn sich plötzlich Harnretention einstellt, oder wenn sie schließlich des ewigen Gefühls von Spannung in der niemals vollständig

entleerten Harnblase überdrüssig werden. Man findet dann eine so enge, zusammengezogene oder gewundene Strictur, daß die Anwendung von warmen Bädern, Opium, sowie die Katheterisirungsversuche mit den verschiedensten biegsamen Instrumenten zu keinem Resultat führen und in das Innere der Harnblase nur mit einem feinen Metallkatheter eingedrungen werden kann. Wird ein solcher Katheter in die Harnblase dauernd eingeführt, um dem Urin Abfluß zu gewähren, so passirt es häufig, daß derselbe des Nachts herausgleitet, ohne daß die wiederholten Repositionsversuche gelingen. Außerdem dürfte es kaum erwünscht sein, daß in der größtenteils bereits septischen Harnblase ein feiner Katheter (No. 1, 2 oder 3) liegen bleibt, durch den weder eine Ausspülung noch eine Desinficirung der Harnblase vorgenommen werden kann. In solchen Fällen, in denen eine Punction der Harnblase, sowie eine Urethrotomie übrigens nicht zweckmäßig erscheint, empfindet es der Chirurg sehr schwer, daß er, nachdem es ihm gelungen ist, in die Harnröhre mit einem Metallkatheter einzudringen, nicht im Stande ist, die Strictur sofort zu dehnen, ohne den Katheter herauszuziehen. Von diesem Standpunkte ausgehend, hat Verf. nach dem Princip des Holtschen Dilatators ein Instrument construirt, das jenem Mangel abhilft und das Verf. seit längerer Zeit mit Erfolg anwendet. Dasselbe stellt einen Katheter dar, der nicht, wie gewöhnlich, aus einem soliden Cylinder besteht, sondern aus einem solchen, der aus feinen, mittelst Schraube auseinanderschiebbaren Stäben gebildet wird. Indem man nun in diesen Katheter, während er in der Urethra liegt, immer dickere Dilatatoren schiebt, erreicht man eine allmählich fortschreitende Dehnung der Urethra, ohne dieselbe zu verletzen. Die Procedur nimmt je nach der Rigidität und der Contraction der Strictur 10 bis 20 Minuten in Anspruch. Nachdem die größte Nummer der Dilatatoren durch den vollständig erweiterten Katheter die Strictur passirt hat, wird der Katheter entfernt und der etwa zurückgebliebene Harn mittelst normalen Silberkatheters, der nun leicht eingeführt werden kann, entleert. Man spült und desinficirt danach die Harnblase und bringt in dieselbe für die Dauer von 48 Stunden einen weichen Katheter. Die Nachbehandlung besteht einzig und allein in der dem Patienten zu erteilenden Instruction, ab und zu sich selbst eine Bougie einzuführen, um auf diese Weise für die Erhaltung der hergestellten normalen Dimension der Harnröhre zu sorgen. Li.

Dr. Guiteras (New York): **A Case of Urethral Fistula.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, October 1898.)

Vor ungefähr einem Jahre wurde Verf. zu einem Patienten gerufen, der an Urinextravasation erkrankt war. Der Patient hatte früher mehrere Anfälle von Urethritis überstanden, die schließlich zur Bildung einer Strictur in der Pars pendula urethrae geführt hatten. Patient hatte bereits mehrere Aerzte consultirt, von denen der eine den Versuch machte, die Strictur unmittelbar zu dilatiren. Die Folge dieser Operation war Ruptur der Harnröhre mit nachfolgender Extravasation. Verf. fand beim Patienten starke

Hyperämie des Penis, der Hoden und des Perineums; der Druck des extravasirten Urins war so groß, daß die Harnröhre vollkommen undurchgängig war. Er machte einige Incisionen, und es zeigte sich dabei, daß die tiefer liegenden Gewebsschichten bereits necrotisch waren. Nach Entleerung des extravasirten Urins und des Eiters aus der Harnröhre vermochte man in dieselbe eine Sonde No. 16 Fr. einzuführen Ausspülung und Desinficirung der incidirten Stellen und Tamponirung derselben mit Jodoformgaze. Da aber zwei buchtige Geschwürshöhlen, die eine $1^1/_2$ Zoll seitwärts vom Meatus und die andere auf der unteren Oberfläche des Penis bestanden haben, mußte schließlich doch die perineale Section gemacht werden, wobei durch das Perineum eine Drainage geführt und in demselben für 14 Tage belassen wurde. Eine der Fistelöffnungen wurde geschlossen, sie brach aber später wieder auf, so daß der Patient nunmehr drei Fisteln hatte: eine im Perineum und zwei in der Pars pendula penis. Die Harnröhre verengte sich wieder und ließ nur die Sonde No. 10 Fr. durch, so daß wiederum zur perinealen Section geschritten und wiederum drainirt werden mußte. Zwei Monate später wurde der Patient behufs Exploration des Zustandes der Fisteln zum dritten Male operirt; es zeigte sich nun, daß die eine Fistel von der unteren Penisoberfläche der ganzen Ausdehnung der letzteren entlang verlief und sich in das Perineum bis an das Ligamentum triangulare fortpflanzte. Verf. machte diesem Fistelgang entlang eine Incision und stellte zwischen demselben und der perinealen Fistel eine Communication her, welche er mit Jodoformgaze drainirte. Das entzündliche Exsudat war so enorm, daß der Patient mehrere Tage durch die Harnröhre keinen Tropfen Urin lassen konnte und längere Zeit mittelst Dilatatoren behandelt werden mußte. Bei der weiteren Behandlung gelang es zwar, die Permeabilität der Harnröhre herzustellen, nicht aber die Fisteln zu schließen. Li.

Dr. Iwanow: **Beitrag zur Frage von den Gonorrhoecomplicationen.** (Wojenno-medicinski Journal, Juni 1898.)

Einen interessanten Beitrag zur Frage der Gonorrhoecomplicationen liefert Verf. in folgendem Falle: Eine 25jährige Frau erkrankte plötzlich unter Erscheinungen, die bald an Influenza, bald an Rheumatismus erinnerten. Nach kurzer Zeit gesellten sich tiefe Ohnmachtsanfälle hinzu mit Verlangsamung der Herzthätigkeit bis 35—40 Contractionen in der Minute. Herz vergrößert, an der Spitze systolisches Geräusch. Außerdem wurde bei der Patientin gonorrhoische Endometritis und Schmerzhaftigkeit des rechten Ovariums constatirt. Temperatur schwankte zwischen 37° und 39°. Tägliche Schüttelfröste und Schweiße. Am ganzen Körper ein juckendes Erythem. Nach circa einem Monat Exitus letalis. Die Section ergab in der Wand des linken Ventrikels und in der Markssubstanz der einen Niere zwei kleine Abscesse. Die mikroskopische Untersuchung des denselben entnommenen Eiters ergab Diplokokken, die mit den Neisser'schen Gonokokken vollkommen identisch waren. Li.

Marsat: **Le rhumatisme blennorrhagique et son traitement.** (Thèse de Lille 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Der gonorrhoische Gelenkrheumatismus wird nach M. durch das Janet'sche Verfahren nicht nur geheilt, sondern es werden auch Rückfälle verhindert. Nur schwere Cystitis, Prostatitis und Orchitis contraindiciren deshalb das Verfahren. Dreyer (Köln).

D'Acheux: **La phlébite blennorrhagique.** (Thèse de Paris 1898. Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Die Krankheit, von der ein Fall berichtet wird, findet sich häufiger bei Männern als bei Frauen und wird durch Varicen begünstigt. Fast immer geht ein gonorrhoischer Gelenkrheumatismus voraus. Die Gonokokken sind allein oder zusammen mit anderen Mikroben die Erreger der Krankheit, die eine gutartige ist. Dreyer (Köln).

Jalabert: **Des bartholinites et de leur traitement.** (Thèse de Lyon 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Bartholinitis ist namentlich bei Prostituirten häufig. Sie tritt acut zur Zeit der Regel, nach Coitusexcessen auf und hat außer häufigen Recidiven und dem Uebergang in die chronische Form keine Gefahren. Die chronische Bartholinitis führt zur Fistelbildung, ist schwer zu behandeln und eine häufige Quelle der Infection für den Mann. Die Enucleation der Drüse ist ein mit Schmerzen, Blutung, langer Heilungsdauer und Narbenbildung verknüpfter Eingriff. Verf. injicirt $^1/_2$—1 g eines concentrirten Salicylspiritus in die Drüse und heilt die chronische Bartholinitis meist durch eine Injection. Die cystische Form wird in gleicher Weise behandelt. Dreyer (Köln).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Bulté: **Contribution à l'étude des chancres du sein.** (Thèse de Lille 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Acht neue Fälle, davon sieben bei Frauen. Ein Fall verdient besonders Interesse wegen seiner Entstehung. Eine schwangere Frau ist die Bonne eines syphilitischen Kindes und führt den rechten Zeigefinger häufig in den Mund des Kindes, um es zu beruhigen. Zugleich kratzt sie oft an der Brust, und so entsteht an der linken Brust der Schanker. Dreyer (Köln).

Jackson: **A Case of Chancre of the Turbinated Bone.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, November 1898.)

Der betreffende Patient hatte ein erythematöses Syphilid und eine Anzahl vergrößerter Lymphdrüsen am Nacken. Die sorgfältigste Untersuchung ergab in Bezug auf die initiale Läsion keinen weiteren Anhaltspunkt, als eine Erosion auf der linken Seite der Nasenscheidewand. Diese Erosion war circumscript und mit einer gelblichen Kruste bedeckt. J. diagnosticirte Syphilis, und diese Diagnose wurde später von Taylor bestätigt. Die Erosion der Nasenscheidewand war zweifellos der Initialaffect, doch wäre es schwer gewesen, die Diagnose zu stellen, wenn nicht das Exanthem bestanden hätte. Li.

Morrow: **A Possible Case of Syphilitic Infection from the Cadaver.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, November 1898.)

Daß man sich auch von der Leiche an Syphilis anstecken kann, beweist folgender vom Verf. beobachtete Fall: Ein Arzt verletzte sich bei der Section einer syphilitischen Leiche am Zeigefinger. Es entstand an der Stelle der Verletzung ein harter Schanker, dem nach kurzer Zeit auch die übrigen manifesten Syphiliserscheinungen gefolgt sind. Li.

Lerrede et Dominici (Paris): **De la présence d'éléments figurés anormaux dans les lésions syphilitiques.** (Société de biologie, séance du 29. octobre 1898. La semaine médicale 1898, No. 55.)

Bei einer großen Anzahl von syphilitischen Primär- und Secundäraffectionen kann man die Anwesenheit von Granulationen und Granulis constatiren, die von diversem Volumen und häufig so angeordnet sind, als ob sie im Protoplasma einer Zelle enthalten wären. Aehnliche Elemente finden sich weder in gesunder Haut, noch bei anderen nichtsyphilitischen Affectionen. Zwar läßt sich nicht mit Bestimmtheit behaupten, daß es sich hier nicht um Degenerationsproducte der Zellen handelt; Thatsache ist es aber, daß die Granula sich vermehren, wenn ein Stückchen syphilitischen Gewebes auf 24 Stunden in den Brutofen gebracht wird; man würde also die Eventualität der parasitären Natur der geschilderten Gebilde vor der Hand nicht zurückweisen können. Li.

Dr. Lochte (Hamburg): **Enteritis syphilitica.** Vortrag in der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins zu Hamburg am 25. October 1898. (Berliner klin. Wochenschr. 1898, No. 48.)

Bericht über zwei Fälle von Enteritis bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen. Im ersten Falle handelte es sich um ein im achten Monat der Gravidität geborenes Kind, das mit schwerem Icterus erkrankte und am

sechsten Tage starb, nachdem in den letzten Tagen schleimig-blutige Durchfälle bestanden hatten. Die Autopsie ergab ein ringförmiges Ulcus im Jejunum, weiter abwärts vereinzelte kleine, zur Längsachse des Darms quergestellte Verschorfungen. Außerdem fanden sich Gummen der Lungen, sowie ein Gumma des Pankreaskopfes, das durch Druck auf die Gallenwege den Icterus im Wesentlichen bedingt hatte. — Im zweiten Falle handelte es sich um ein rechtzeitig geborenes Kind, das am fünften Lebenstage mit Roseola erkrankte und am sechsten Tage starb. In der Muscularis des Darms fanden sich zahlreiche miliare Gummen. Li.

Dr. Jordan: **Ueber die Häufigkeit der Affectionen des Rachens und des Kehlkopfes bei Syphilis.** (Medicinskoe Obosrenie 1898, Bd. 50, Heft 5.)

Verf. gelangt auf Grund seiner Untersuchungen über die Häufigkeit der syphilitischen Erkrankung des Rachens und des Kehlkopfes zu folgenden Schlüssen: 1. In sämtlichen Syphilisstadien wird mehr als bei einem Drittel sämtlicher Patienten Erythem des Rachens und des Kehlkopfes beobachtet, welches zwar von der Syphilis bedingt wird, jedoch sich in keiner Weise von dem Erythem unterscheidet, das durch andere Ursachen bewirkt wird. 2. Syphilitische Papeln des Rachens werden fast bei $^1/_3$ sämtlicher secundär-syphilitischer Patienten beobachtet, während Papeln des Kehlkopfes viel seltener, und zwar nur in 3,3 pCt. der Fälle gefunden werden. Man trifft sie sowohl im Rachen, wie auch im Kehlkopf, viel häufiger bei Recidiven, als in frischen Fällen. 3. Im tertiären Syphilisstadium werden Affectionen des Rachens in $^1/_3$, solche des Kehlkopfes in $^1/_{10}$ der Fälle angetroffen. Li.

Dr. Zechanowitsch: **Ein Fall von Paronychia syphilitica ulcerosa mit tiefgreifender Affection des Knochens.** (Medicinskoe Obosrenie 1898, Bd. 50, Heft 5.)

Die ulceröse syphilitische Paronychie tritt bekanntlich sowohl secundär, wie auch primär auf, im letzteren Falle am häufigsten bei gleichzeitigem Bestehen von pustulösen Syphilisformen. Der gewöhnliche Verlauf dieser Affection ist folgender: In der Umgebung des Nagels entsteht ein Infiltrat und in dessen Centrum ein Abscess. Dieser letztere platzt und verwandelt sich zu einem Geschwür, das allmählich das ganze Nagelbett ergreift. Der Nagel ändert seine Farbe, wird brüchig und fällt ab. Das darunter entstandene syphilitische Geschwür heilt unter Narbenbildung ab, worauf der Nagel sich, wenn auch nur teilweise, wieder bildet. Im Falle des Verfassers nahm die syphilitische Paronychie einen ungewöhnlich schweren Verlauf. Trotz der vom ersten Einlieferungstage eingeleiteten energischen gemischten Therapie und trotz der localen Behandlung behufs Herbeiführung besserer Blutcirculationsverhältnisse im erkrankten Gebiete schritt der Krankheitsproceß unaufhaltsam vorwärts, ergriff das Periost und schließlich den Knochen

selbst. Es mußte eine partielle Amputation des erkrankten Fingers gemacht werden, aber auch diese vermochte nicht, dem Gewebszerfall Einhalt zu thun. Die Heilung des Stumpfes begann erst, als dem Patienten Decoctum Zittmanni verordnet wurde. Im Ganzen verbrauchte der Patient bis zur vollständigen Heilung 40 Flaschen Zittmann'sche Decocts. Li.

Dr. Morrow: **A Case of Ulcerating Syphilitic Lesion of the Lip, Giving Rise to Severe Hemorrhage.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, November 1898.)

Der seltene Fall betrifft einen jungen Mann, der auf dem oberen Rande der Unterlippe eine Schleimpapel hatte, welche ulcerirt und mit einer dicken Kruste bedeckt war. Behufs Lockerung derselben wurden Kataplasmen verordnet; die Kruste fiel ab und ließ eine tiefe ulcerirte Fläche zurück. Einige Tage später erschien Patient beim Verf. blutüberströmt und mit dem Taschentuch auf das Lippengeschwür drückend. Bei Entfernung des Taschentuches spritzten von der Geschwürsoberfläche zwei feine Blutstrahlen auf. Es gelang nicht, die spritzenden Blutgefäße zu finden und zu unterbinden, so daß die Blutung mittelst Galvanocauters gestillt werden mußte. Später wurde festgestellt, daß die Blutung aus zwei Arterien kam, welche, in Folge der langdauernden Congestion erweitert, wahrscheinlich in den ulcerativen Proceß mit hineingezogen worden waren. Li.

Dr. Samuel Róna: **Lichenoides Syphilid an einem tuberculösen Individuum.** Demonstration in der Gesellschaft der Spitalsärzte zu Budapest vom 12. October 1898. (Pester medicin.-chir. Presse 1898, No. 45.)

Die 27jährige, seit acht Jahren an Haut- und Knochentuberculose leidende Patientin acquirirte recente Lues; die erste Efflorescenz zeigte sich hauptsächlich als miliares, perifolliculares, lichenoides Syphilid. Gegenwärtig ist auch Catarrhus apicum und Nephritis zu constatiren. Lichenoides Syphilid kommt auch an gesunden, hereditär nicht belasteten Individuen zur Beobachtung. Am schwierigsten ist die Differentialdignose von Knochengummen, wenn sie bei Patienten auftreten, die an manifester Tuberculose leiden (spätes Auftreten, multiple Herde, Localisation am Schädel, rascher Zerfall der Gummen, infiltrirter Rand der Geschwüre, Form der Periostitis, Tendenz zur Heilung), oder wenn luetische Hautläsionen unter der Einwirkung der Tuberculose bedeutende Aenderungen erlitten haben und die Diagnose blos ex juvantibus gestellt werden kann. Li.

Morrow: **A Case of Tubercular Syphilide of the Face and Hairy Scalp Resembling Lupus.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, November 1898.)

Der Fall betrifft eine Frau mittleren Alters, bei der vor ca. einem Jahre auf der linken Wange eine Eruption entstand, die, allmählich aufwärts

schreitend, sich auf die Stirn, das linke Ohr und den behaarten Kopfteil ausdehnte. Es lag nach Ansicht des Verf.'s zweifellos eine syphilitische Affection vor, die aber in hohem Maße an Lupus erinnerte. Li.

Dr. Spencer: **Gumma of Liver.** (The British Medical Journal, 3. December 1898.)

Verf beschreibt drei Fälle von Gumma der Leber, die mittelst chirurgischer Eingriffe behandelt und geheilt worden sind. Allerdings waren es durchweg außerordentlich günstige Fälle: es handelte sich in denselben um isolirte Gummata an der Oberfläche bezw. am freien Rande der Leber ohne Cirrhosis der letzteren Bei der Freilegung des Tumors konnte die richtige Diagnose gestellt und dementsprechend der Excision des Tumors eine specifische Therapie angeschlossen werden. Li.

Dr. Bruckmayer (Budapest): **Fälle schwerer tertiärer Syphilis.** Demonstration in der Gesellschaft der Spitalsärzte zu Budapest am 12. October 1898. (Pester med. chir. Presse 1898, No. 45.)

B. demonstrirte fünf Fälle von schwerer tertiärer Syphilis, die die Erfahrung bestätigen, daß die meisten der schweren Syphilisfälle nie behandelt wurden oder mit Alkoholismus, Malaria, chronischen Infectionskrankheiten, Elend, Kachexie, Mercur-Intoleranz complicirt sind.

1. 26jähriges Mädchen, leidet seit dem sechsten Lebensjahr an geschwürigen Syphiliden. Gegenwärtig zahlreiche Geschwüre, rechte untere Extremität unbrauchbar, Patientin wollte sich dieselbe daher amputiren lassen. Rechte obere Extremität in Folge von Narben- und Muskelatrophien kaum brauchbar. Patientin ist nie antiluetisch behandelt worden.

2. 68jährige Frau, serpiginöse, tiefe Geschwüre an mehreren Stellen. Angeblich seit $^1/_4$ Jahr krank. Nie behandelt.

3. 34jährige Frau, bemerkte vor zwei Jahren ein Geschwür in der Nase, gegenwärtig Nasenseptum ganz zu Grunde gegangen, Nasenreste und Wangen stark behaart. Ist nie behandelt worden.

4. 24jährige Frau; die Nase wurde vor zwei Jahren geschwürig. Gegenwärtig Nasenscheidewand zerstört, Gaumenbogen angewachsen, Hutchinson-Zähne. Nie behandelt worden.

5. 50jähriger Mann, seit 12 Jahren krank. Das Leiden begann am Unterschenkel, von wo es sich auf den ganzen Körper verbreitete. Vor zwei Jahren wurden Gesicht und Nase geschwürig. Gegenwärtig der größte Teil der Bauchdecke von Haaren bedeckt. Im linken Mundwinkel ein 2 cm tiefes, zerfallendes Gumma, daneben ein zweites. An Stelle der linksseitigen Lippenschleimhaut ein eiterndes Geschwür, Wangen stark behaart. Nase eingesunken; an Stelle der Nasenflügel, an der Nasenwurzel, zerfallendes papulöses Syphilid; Knorpel eliminirt. Li.

Dr. Klotz (New York): **A Case of Peculiar Edematous Swelling of the Face with Syphilitic Affections of the Bones of the Nose.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, Juli 1898.)

Die 17jährige Patientin kam in die Behandlung des Verf.'s mit enorm geschwollener Oberlippe und mit einer 2 Zoll großen, weichen Protuberanz unter dem rechten Auge. Dieselbe begann in einer Entfernung von $1^1/_2$ Zoll vom unteren Lide, verlief demselben parallel und war von leicht geröteter, aber vollkommen glatter und weicher Haut überdeckt. Die Patientin erzählte, daß vor vier Jahren ihr ganzes Gesicht längere Zeit bedeutend geschwollen gewesen sei, und daß die jetzige Protuberanz unter dem Auge noch von jener Zeit herrühre. Da nun Verf. mehrfach ähnliche Fälle beobachtet hat, in denen solche Protuberanzen im Zusammenhang mit syphilitischen Affectionen der Gesichtsknochen aufgetreten waren, unternahm er auch in diesem Fall eine sorgfältige Untersuchung dieser letzteren und fand auch wirklich eine ulceröse Perforation der Nasenscheidewand. Es wurde nun eine gemischte Behandlung eingeleitet, worauf die Schwellung der Lippe zurückging, die Protuberanz unter dem Auge aber unverändert blieb. Li.

Steinberg: **Du pseudorhumatisme syphilitique.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Drei Fälle von secundärer Syphilis mit Gelenksymptomen. Dieser syphilitische Pseudogelenkrheumatismus unterscheidet sich von dem eigentlichen Gelenkrheumatismus durch den Mangel arthritischer Belastung in der Anamnese, durch das gleichzeitige Auftreten von anderen Secundärerscheinungen, die geringere Heftigkeit der entzündlichen Erscheinungen, durch die größere Unbeweglichkeit und die nächtlichen Steigerungen der Schmerzen. Eine specifische Behandlung heilt ihn schnell. Die Schmerzen indes werden durch locale Anwendung von Methylsalicyl am ehesten gelindert.

Dreyer (Köln).

Dr. Lustgarten: **Two Cases of Mixed Infection: Tuberculosis and Syphilis.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, November 1898.)

Die Fälle betreffen zwei Brüder jugendlichen Alters. Anamnestisch ließen sich keine Anhaltspunkte für die Annahme einer erblichen tuberculösen Belastung feststellen; wohl aber wurde constatirt, daß die Mutter der Patienten vor vielen Jahren Syphilis überstanden hatte. Bei einem der Brüder entwickelten sich auf der Nase, den Wangen und der Oberlippe Läsionen, welche der specifischen Behandlung so hartnäckig trotzten, daß Verf. auf den Gedanken kam, daß hier eine Mischinfection von Tuberculose und Syphilis vorlag. Tuberculininjectionen wurden zwar sowohl von localer, wie auch allgemeiner Reaction begleitet, aber nur von vorübergehendem

Erfolg. Die Untersuchung der afficirten Teile auf Tuberkelbacillen fiel negativ aus. Unter Cauterisationen mit dem Paquelin heilten die bezeichneten Läsionen ab; nur behielt der Patient einige kleine Läsionen auf der Mundschleimhaut, welche erstere, wie das bei Syphilis der Fall zu sein pflegt, an Leukoplakia erinnerten.

Der Bruder des Patienten erfreute sich bis vor zwei Jahren einer guten Gesundheit; dann entwickelte sich auf den beiden Lippen eine Eruption, die sich bald auch auf die Mundschleimhaut ausbreitete. Specifische Behandlung blieb ohne Wirkung, und Verf. nimmt an, daß es sich hier um eine ungewöhnliche Form von Tuberculose, und zwar um eine solche von chronisch-miliarem Typus gehandelt hatte. Der Patient bewohnte seit Jahren mit seinem Bruder dasselbe Zimmer, schlief mit ihm in einem Bett, benutzte dasselbe Waschbecken u. s. w. Li.

Heuzard: **De la phlébite syphilitique.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. beschreibt einen Fall syphilitischer Venenentzündung Er unterscheidet eine subacute und eine chronische Form derselben. Letztere kann als Gumma localisirt oder als Phlebosclerose diffus auftreten. Meist sind die Venen der unteren Extremitäten befallen. Die Entzündung dauert im Mittel zwei Monate. Dreyer (Köln).

Lannois: **Rétrécissement syphilitique de l'extrémité supérieure de l'oesophage. Traitement par la sonde de Jaboulay.** (Archiv de laryng. 1897. Ref. nach Annal. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Es handelte sich um eine 55 Jahre alte Frau, die seit 25 Jahren an Syphilis litt. Nur noch eine geringe Menge Flüssigkeit konnte in den Magen gelangen. Die enge Stelle war 16 cm von der Zahnreihe entfernt und saß an der Verbindung zwischen Pharynx und Oesophagus. In einem Monat erreichte Verf. mit der Jaboulay'schen Sonde eine wesentliche Besserung. Dreyer (Köln)

Jourdanet: **De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge aux trois périodes.** (Thèse de Lyon. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Garel behauptete vor einigen Jahren: „Jeder Kranke, der länger als drei Wochen Schluckbeschwerden in der Mandel- und hinteren Rachengegend empfindet, ist ein Syphilitiker.“ Jourdanet weist darauf hin, daß bei Lues thatsächlich, im Gegensatz zur Phthise, bei der ein viel tieferer Sitz angegeben wird, die Schluckbeschwerden am Kieferwinkel, d. h. dem den Tonsillen entsprechenden Orte localisirt werden. Der Satz gilt für alle drei

Stadien der Lues. Andere Affectionen, die ebenso lange die gleichen Beschwerden machen, sind so äußerst selten, daß der diagnostische Wert des Zeichens dadurch nicht beeinträchtigt wird. Dreyer (Köln).

Creutz: **Tertiarisme bucco-pharyngé dans la syphilis des indigènes algériens.** (Thèse de Montpellier 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Verf. bearbeitet 33 Fälle der dermatologischen Klinik in Algier. Die tertiären Mundrachenaffectionen kommen bei 21 pCt. der Syphilisfälle bei den Algeriern vor. Gaumensegel, Gaumengewölbe, Lippen, Pharynx und Zunge sind in absteigender Häufigkeit befallen. Die Schwere der Erscheinungen rührt von den schlechten Lebensbedingungen und dem Mangel der Quecksilberbehandlung bei den Eingeborenen her und ist um so mehr in's Gewicht fallend, je mehr auch andere Körperteile befallen sind. Eine combinirte Calomel-Jodkalibehandlung erzielt besonders bei Leuten, die nicht Alkoholiker sind, schnelle Erfolge. Dreyer (Köln).

Clerc: **Considérations critiques sur l'étiologie de la paralysie générale et de la syphilis comme facteur essentiel.** (Thèse de Lyon 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Nur die Syphilis kann nach Clerc die allgemeine progressive Paralyse der Jugend und der Ehe erklären. Die klinischen Formen der diffusen cerebralen Syphilis stimmen mit denen der allgemeinen Paralyse überein, ebenso die anatomischen. Jodkali bewirkt häufig Remissionen im Krankheitsverlauf, und Heilungen sind nicht zu erwarten, wie Jod und Mercur auch andere syphilitische Krankheiten nicht heilen. Dreyer (Köln).

Boissel: **Contribution à l'étude du diagnostic des paralysies hystériques et de la pseudo-paralysie syphilitique chez l'enfant.** (Thèse de Toulouse 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Wenn man an der Epiphysengrenze Schwellung, Crepitation, abnorme Beweglichkeit und starke Schmerzhaftigkeit constatirt neben schlaffer Lähmung des Gliedes, dann ist an der Diagnose Pseudo-paralysis syphilitica, wenn auch andere deutliche Zeichen der Syphilis vorhanden sind, kein Zweifel. Fehlen letztere, so muß auch an eine Osteomyelitis neonatorum gedacht werden. Dreyer (Köln).

Hennebert: **Syphilis de l'oreille.** (Soc. belge d'otologie, 18. juillet 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Die Syphilis am Ohr ist selten, wird aber leicht verkannt, wenn sie auftritt, was gewöhnlich am inneren Ohr geschieht. Man kann eine lentescirende,

eine apoplectiforme Form und eine specifische chronische Labyrinthitis, die mit der Sclerose große Aehnlichkeit bietet, unterscheiden. Die Affection ist doppelseitig und die Taubheit gewöhnlich definitiv. Dreyer (Köln).

Blary: **Contribution à l'étude des gommes syphilitiques des paupières.** (Thèse de Lyon 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Gummata der Augenlider sind sehr selten, treten meist sehr spät und fast nur bei Erwachsenen, selten bei hereditärer Lues auf. Sind sie solitär, so ist ihr Sitz gewöhnlich die äußere Commissur, multipel sitzen sie am Ciliarrand. Auch giebt es ein diffuses Syphilom des Tarsus, so daß das Augenlid nicht mehr umklappbar ist und Ptosis, Verlust der Cilien und zuweilen etwas Bindehautödem bestehen. Zur Diagnose muß man häufig nach anderen syphilitischen Affectionen des Auges forschen, um ein Epitheliom, ulcerirten Lupus, Primäraffect und Chalazion auszuschließen. Die Behandlung muß eine allgemeine und locale sein, und letztere muß namentlich die Retraction der Lider bekämpfen. Wird die Diagnose nicht gestellt, so kann das ganze Augenlid zerstört werden. Dreyer (Köln).

Hartzell: **Some practical points in the treatment of late cutaneous syphilis.** (Therapeutic Gaz., 16. Mai 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

H. erwähnt Fälle, in denen kleine Jodkalidosen (0,2 pro die) schnelle Heilung tuberculöser Syphilide herbeiführten. Er empfiehlt die rectale Anwendung, wenn das Medicament per os nicht genommen werden kann.
Dreyer (Köln).

Raymond: **Contribution à l'étude des syphilis graves.** (Presse méd., 17. September 1898. Ref. nach Annal. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Verf. zieht aus drei Krankengeschichten den Schluß, daß der Mangel oder die geringe Entwicklung von Drüsenschwellungen bei Syphilis einen schweren Verlauf der Krankheit bedeuten, während starke Drüsenschwellungen einen leichten Verlauf annehmen lassen, wenn andere schwere Momente, wie Alkoholismus, Mischinfection u. s. w. nicht vorhanden sind. Die schützende Rolle der Drüsen liegt in den Lymphzellen. Dreyer (Köln).

Pelter: **Contribution à l'étude clinique de la méningite spinale syphilitique.** (Thèse de Lyon 1897. Ref. nach Annal. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Die Spinalmeningitis ist das erste Symptom der Rückenmarkssyphilis. Man kann eine cervicale und eine dorsolumbale Form unterscheiden. Die Rachialgie ist das hervorragendste Symptom, daneben bestehen Hyperästhesie, Muskelatrophie u. s. w. Niemals ist Fieber vorhanden. Der Beginn kann

ein plötzlicher sein, meist ist der Verlauf ein progressiver, und eine Myelitis transversa diffusa tritt hinzu. Von einer frühen Diagnose hängt die Prognose ab. Rheumatismus, Neuralgien und Hysterie können mit Spinalmeningitis verwechselt werden. Dreyer (Köln).

Gautier: **Traitement de la syphilis laryngée, en particulier des sténoses laryngées par le tubage.** (Thèse de Lyon 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Die primären und secundären Formen der Kehlkopfsyphilis würden eine locale Behandlung nur bei eintretender Dyspnoe erfordern. Sehr wichtig ist die Behandlung der tertiären Formen. Bei zweifelhafter Diagnose wird man meist Jodkali geben, bei früher hereditärer Lues dagegen Mercur. Die chirurgischen Eingriffe können blutige (Tracheotomie mit Zerstörung der Adhäsionen und Bänder mit Messer oder Galvanocauter) oder unblutige (Schrötter'sches Verfahren und O'Dwyer'sche Tubage) sein. Die Tubage kann zwei Indicationen genugthun, sie beugt sowohl einer unmittelbaren Gefahr vor, als auch bewirkt sie eine Dilatation. Dreyer (Köln).

Barrault: **Syphilis paternelle: essai de prophylaxie „ab ovo" de l'hérédo-syphilis.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Verf. giebt an der Hand einiger Fälle die Anschauungen Pinard's wieder. Die Ehe darf erst drei Jahre nach Beginn der Syphilis, nach genügender Behandlung und beim Mangel aller Symptome gestattet werden. Der Vater soll sechs Monate hindurch vor Eingehen der Ehe und die Mutter während der ganzen Dauer der Schwangerschaft behandelt werden. Am besten eignen sich Jodquecksilber und Jodkalium zur Behandlung, die in der Schwangerschaft am besten vertragen werden. Dreyer (Köln).

Kirkoff: **Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire.** (Thèse de Paris 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, X.)

Sieben eigene Beobachtungen und 51 Fälle der Litteratur. Abgesehen von der Combination beider Krankheitszustände kann die Syphilis eine Disposition für die Hysterie schaffen, die vorher nicht bestanden hat. Das geschieht mehr im secundären als im tertiären Stadium der Krankheit. Sie wird durch eine specifische Behandlung günstig beeinflußt.

Dreyer (Köln).

Massol: **De l'hémiplégie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique.** (Thèse de Toulouse 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Man hat spastische Hemiplegien der Kinder bei hereditärer Syphilis beobachtet. A priori ist die Syphilis so gut wie andere Infectionskrank-

heiten im Stande, diesen Symptomencomplex hervorzubringen, zumal da erworbene Syphilis Gefäßveränderungen bewirkt, die denen bei spastischer Paralyse sehr gleichen. Außer den syphilitischen Processen können auch parasyphilitische dasselbe Krankheitsbild hervorrufen, und beides ist bei der Schwierigkeit der Feststellbarkeit vielleicht nicht so selten. Die Prognose ist quoad vitam nur in der ersten Periode ernst. Später sind physische und geistige Störungen zu befürchten. Dreyer (Köln).

Dr. Schuster (Aachen): **Die Einreibekur.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 48.)

Die vorliegende Arbeit enthält, abgesehen von einer ausführlichen Schilderung der Einreibekur im Allgemeinen, einen Bericht über eine wesentliche Abänderung, die Verf. in der Einreibekur eingeführt hat Seit einer Reihe von Jahren benutzt er nämlich statt der von ihm 1884 empfohlenen Mercurialseife, die wie alle Kaliseifen wenig haltbar ist, eine salbenweiche Natronmercurseife von folgender Zusammensetzung:

Hydrargyri depurati . .	33 1/3 pCt.
Sap. oleacei albiss. pulv.	12 2/3 „
Sebi filtrati	18 „
Adipis filtrati	36 „

Von den beiden letzteren Bestandteilen wird je nach der Winter- oder Sommerzeit etwas mehr oder weniger genommen.

Diese Mercurseife, die dank absoluter Abwesenheit von Wasser und Verwendung des besten Materials in hohem Maße haltbar ist, verreibt sich leicht mit Wasser, färbt die Haut nur schwach und läßt sich am folgenden Tage leicht abwaschen. In Bezug auf therapeutische Wirkung ist diese Salbe nach den Erfahrungen des Verf.'s der officinellen Salbe mindestens gleichzustellen. Li.

Lindstroem: **Intravenöse Injection von Quecksilbersalzen bei Syphilis.** (Wiener med. Blätter 1898, No. 52.)

L. beobachtete bei Prof. Starkowenkoff in Kiew viele nach der Baccelli'schen Methode behandelte Fälle. Die intravenöse Injection ist von rapider Besserung gefolgt. Diese Besserung wird nicht durch häufige Injectionen unterstützt. Kleine Dosen ohne therapeutischen Wert haben dennoch eine günstige Wirkung auf die Blutzusammensetzung. Die Werte für rote Blutkörperchen und Hämoglobin steigen parallel an, die weißen verringern sich an Zahl. Diese Erscheinungen treten schon nach der ersten Injection auf und sind sicher durch die kleinen Quecksilberdosen im Blutkreislauf hervorgerufen, denn wenn die Behandlung sistirt wird, so kehrt die Blutbeschaffenheit in ihr früheres pathologisches Stadium zurück. Wenn die Dosen langsam ansteigen, so ist die Besserung der Blutqualität von einer rapiden Besserung der Syphilis gefolgt. Bei Dosen von 0,14—0,15 g Sublimat treten leichte toxische Erscheinungen auf; Verringerung der Zahl der

roten Blutkörperchen und der Hämoglobinmenge und Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Wenn die Injectionen fortgesetzt werden, so steigern sich die toxischen Symptome, und es entsteht eine mercurielle Anämie. Andererseits, wenn man große Quantitäten von schwacher Sublimatlösung benutzt (10—11 ccm), einer Lösung, welche pro dosi 10 - 11 mg enthält, so ist eine sofortige Besserung der Blutqualität und der specifischen Eruption zu beobachten. Bei Quecksilberbenzoat treten toxische Wirkungen bei einer Dosis von 77 mg auf. Immerwahr (Berlin).

Danlos: **Dermatite herpétiforme aigue consécutive à l'emploi de l'iodure de potassium.** (Ann. de derm. et de syph. 1898, XI. Soc. de derm. et de syph. 1898, Séance du 10. nov.)

Der 50 Jahre alte Kranke hatte 8—9 Tage lang 3 g Jodkali täglich eingenommen, als unter heftigem Jucken ein Blasenausschlag von der Form einer acuten herpetiformen Dermatitis auftrat, der von D., obwohl im Verlaufe des mehrere Monate dauernden Exanthems Jodkali im Urin nicht mehr nachweisbar war, auf das Medicament bezogen wird. Gleiche Fälle sind bisher unbekannt. Dreyer (Köln).

Dr. Michailow: **Ueber Operationen bei Syphilitikern.** (Wojenno-medicinski Journal, September 1898.)

Verf. hat innerhalb dreier Jahre über 200 Operationen an syphilitischen Individuen, meistenteils Frauen, ausgeführt und machte dabei die in practischer Beziehung höchst wichtige Wahrnehmung, daß bei Syphilitikern eine gewisse Diathese vorhanden ist, welche das Resultat der Operation ungünstig beeinflußt und die hauptsächlich in Veränderungen des Gefäßsystems, der morphologischen Blutzusammensetzung, sowie in specifischen Veränderungen der Haut selbst besteht. Diese Veränderungen bleiben selbstverständlich nicht ohne Einfluß auf den Heilungsvorgang. Die syphilitische Diathese ist in verschiedenen Organen und Geweben ungleichmäßig, im gummösen Stadium jedenfalls stärker ausgesprochen. Bei Operationen an syphilitischen Individuen fällt vor Allem namentlich im gummösen Krankheitsstadium enorm leichtes Bluten der Gewebe auf; selbst bei Zahnextractionen kommt es zu profusen Blutungen. Bisweilen wird pigmentirte Infiltration der Wundränder beobachtet, so daß die letzteren über die Hautoberfläche prominiren. Prima intentio wird selbst bei strengster Asepsis häufig nicht herbeigeführt, und auch die Heiluug per granulationem geht sehr langsam vor sich: die Granulationen sind spärlich, meist fettig degenerirt, bisweilen groß, ödematös und farblos. Die Wunde sondert reichliches, stinkendes Secret ab, die Wundränder werden leicht atrophisch. Elastische Binden, Abwaschungen mit Carbolsäure führen leicht zu Necrose in der Umgebung der Wunde, dagegen wird dieselbe durch locale Application von Wärme sehr günstig beeinflußt. Bei Syphilitikern des condylomatösen Stadiums beobachtet man

häufig reichliche Entwicklung von Narbengewebe. Plastische Operationen gelingen bei Syphilitikern häufig nicht.

Die geschilderte syphilitische Diathese ist gering, manchmal überhaupt nicht ausgesprochen bei Personen, die eine leichte Form von Syphilis oder diese letztere vor längerer Zeit überstanden, sowie bei Personen, welche eine energische specifische Kur durchgemacht haben. Als Regel muß jedoch gelten, jede zu operirende Person bei bestehender Syphilis vor der Operation einer specifischen Kur unbedingt zu unterwerfen. Li.

Lenglet: **Culture du bacille du chancre mou.** (Société de dermatologie et syphiligraphie vom 10. November 1898. La semaine médicale 1898, No. 57.)

L. demonstrirte die von ihm isolirten Bacillen des weichen Schankers. Als solche bezeichnet er seine Cultur auf Grund folgender Argumente: 1. Von verschiedenen mit Schanker behafteten Patienten wurde stets eine und dieselbe Cultur gezüchtet; 2. Inoculationen an Menschen, ausgeführt mit diesen Bacillen, gaben positives Resultat, wobei von dem frisch entstandenen Schanker wiederum dieselben Bacillen in Reincultur gewonnen werden konnten. Im Reagensglase stellt die Cultur eine Gruppe unregelmäßig zerstreuter Colonien dar. Unter dem Mikroskop erscheinen die Colonien von unregelmäßig runder Gestalt und weißlich-grauer Farbe, in der Mitte etwas verdickt, an den Enden abgeplattet und an den Rändern stark gezackt. Die Größe der Culturen beträgt für gewöhnlich 1 mm, ausnahmsweise 2 mm; ihre Lebensdauer ist sehr beschränkt: nach drei Tagen sind die Colonien gewöhnlich verschwunden. Im hängenden Tropfen untersucht, erscheinen sie vollkommen unbeweglich.

Der Bacillus selbst hat abgerundete Enden, neigt zu Kettenbildung, ist $^1/_2$ bis 2 mm lang und bis $^1/_2$ mm breit und hat in der Mitte einen hellen Punkt. Die Bacillen sind untereinander durch eine lichtbrechende Substanz verbunden, die sich sehr schwer färbt und selbst mit dem Ziehl'schen Farbstoff nur schwach-rosa gefärbt wird. Was das Verhalten der Bacillen den Farbstoffen gegenüber anbetrifft, so entspricht dasselbe in allen Punkten dem des schankrösen Eiters. Li.

Dr. Michailow: **Ueber die chirurgische Behandlung der Bubonen.** (Medicinskoe Obosrenie 1898, Bd. 50, Heft 6.)

Die therapeutischen Mittel, wie das graue Quecksilberpflaster, die graue Quecksilbersalbe, Jodtinctur und warme Umschläge geben gute Resultate nur bei Bubonen, welche im Verlauf von Gonorrhoe auftreten, und das nur in den Anfangsstadien ihrer Entwicklung. Bei schankrösen Bubonen sind diese Mittel machtlos, die Injectionen von Hydrargyrum oxydatum benzoicum nicht ausgenommen, und es bleibt nichts übrig, als zur Operation zu greifen. Die capilläre Incision des Abscesses mit Aspiration des Eiters und Injection von verschiedenen antiseptischen Substanzen in die Abceßhöhle ist bei

Weitem nicht in allen Fällen anwendbar. Am besten ist bei vereiterten Bubonen eine verticale Incision des Abscesses mit nachfolgender sorgfältiger Tamponade mit Jodoformgaze und leicht schützendem Verband. Eine Auskratzung der Bubonen empfiehlt Verf. nicht, da dabei nicht selten Blutungen und Uebergreifen der Entzündung auf andere gesunde Drüsen beobachtet werden. Ist ein ganzes Drüsenpacket afficirt, so ist dasselbe zu exstirpiren und auf den größten Teil der Wunde eine primäre Naht anzulegen. Nach Anlegung des Verbandes wird die betreffende Extremität im Hüftgelenk flectirt und mittelst eines unter das Knie gesteckten dreieckigen Kissens gestützt. Bei stark vereiterten Polyadenitiden, bei großen phlegmonösen, dem Poupart'schen Bande parallel verlaufenden Bubonen wird das ganze Drüsenpacket incidirt, jedoch ohne daß die Ränder des Hautschnittes die Grenzen des entzündeten Herdes überschreiten. Nach Entleerung der Abscesse wird zwischen die Ränder des Einschnittes eine Gazeschicht gesteckt und darüber ein Verband angelegt. Die Operation wird entweder ohne Narcose oder in Bromäthylnarcose gemacht. Nach 12—24 Stunden wird auf die Wunde oberhalb des Verbandes eine mit heißem Wasser gefüllte Blase gelegt, die möglichst häufig gewechselt wird. Der durchnäßte Verband muß 1—2mal täglich gewechselt werden. Die Heilung erfolgt durch Granulationsbildung in ziemlich kurzer Zeit; nach 1—2 Wochen ist an der Stelle der Wunde nur noch eine kaum merkbare Narbe zu sehen. Bei Complication des Bubo mit Absceß im Unterhautzellgewebe empfiehlt Verf. statt weiter Incision und Drainage des Abscesses, der mit dem Bubo gewöhnlich communicirt, leichte Tamponade der beiden Enden der subcutanen Fistel und Druckverband. Kommt es zur Bildung einer hartnäckigen Fistel, so wird dieselbe incidirt und total exstirpirt; die Hautwunde ist hierauf mittelst Naht zu schließen. Li.

Dr. Hugo Tausig (Wien): **Ein Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Airols.** (Wiener medicinische Presse 1898, No. 45.)

Wir entnehmen dieser Arbeit nur die sich auf venerische Krankheiten beziehenden Angaben. Verf. verwendet seit seinen ersten Erfolgen mit der Airolbehandlung der Gonorrhoe das Airol in sämtlichen Fällen dieser Krankheit, die in seine Behandlung kommen; er verfährt dabei folgendermaßen: Nach peinlichster Reinigung des Orificium externum wird ein gut gereinigter Nélatonkatheter eingeführt und durch diesen eine Auswaschung mit 3proc. Borwasser vorgenommen. Hierauf wird der Katheter entfernt und etwa $^2/_3$ einer gewöhnlichen Trippersprize einer Airolemulsion (Airol 10,0, Glycerin, Aq. destill. āā 50,0) eingespritzt und etwa fünf Minuten in der Harnröhre belassen. Die Injectionen wurden täglich bis zu vollständigem Verschwinden eines jeden Ausflusses vorgenommen, durchschnittlich 7 Tage (3—10) lang. Die Heilung war in sämtlichen Fällen (es waren im Ganzen 30 Fälle) vollständig, ohne Complicationen und ohne Recidive. Bei 10 weichen Schankern und 5 Fällen von Initialsclerose erfolgte die Heilung binnen kürzester

Zeit, nur mußten die Wunden vor Anwendung des Mittels stets gereinigt werden. Ganz ausgezeichnete Dienste leistete das Mittel bei venerischen Bubonen. Dieselben wurden gespalten, ausgekratzt, die Höhle mit Airolpulver und Gaze ausgefüllt. Li.

Dr. Bessonow: **Beitrag zur Frage von der Bubonenincision bei weichem Schanker.** (Wojenno Medicinski Journal, Juli 1898.)

Verf. hat bei 18 Patienten Bubonen nicht durch weite, dem Poupartschen Bande parallel geführte Incision, sondern durch den dem Poupartschen Bande perpendiculär geführten Lanzetstich geöffnet. Die Entleerung des Eiters ging dabei leicht von Statten. Nach der Operation wurde die Wunde mit feuchtem Verband bedeckt. Bei dieser Behandlung vernarbten die Bubonen innerhalb 2—3 Wochen. Die Vorzüge dieser Incisionsmethode sind: Geringes Trauma, fast doppelt so schneller Heilungsverlauf wie bei der gewöhnlichen Incision und die Möglichkeit, die Operation schon bei den ersten Zeichen der beginnenden Eiterung auszuführen. Li.

Dr. Grünepert: **Beitrag zur Behandlung des weichen Schankers.** (Wojenno Medicinski Journal, August 1898.)

Verf. hat in zehn Fällen von weichem Schanker folgende Behandlung angewandt: Die Patienten bekamen zweimal täglich ein locales Penisbad aus 2proc. Creolinlösung von 38—42° C. und von 15—25 Minuten Dauer. Nach dem Bade wurden die Geschwüre abgetrocknet, mit Salol bestreut und verbunden. Bei dieser Behandlung reinigte sich das Geschwür am 2., spätestens am 4. Tage vom Detritus und begann am 6.—7. Tage zu vernarben. Nach weiteren 2—3 Tagen war die Vernarbung vollendet. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 11,3 Tage (mit Schwankungen von 5—19 Tagen); die durchschnittliche Krankheitsdauer, vom Beginn der Erkrankung bis zur vollständigen Vernarbung gerechnet, betrug 20,5 Tage (mit Schwankungen von 13—33 Tagen). Li.

Dr. Griwzow: **Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung des Jodoforms, Dermatols, Europhens, des Natrium sozojodolicum und des Xeroforms bei der Behandlung des weichen Schankers.** (Medicinskoe Obosrenie 1898, Bd. 50, Heft 6.)

Verf. hat an einer großen Anzahl von Fällen, die teilweise dem enormen Material des Marinehospitals zu Sebastopol, teilweise auch seiner Privatpraxis entstammen, die Wirkung der in der Ueberschrift bezeichneten Mittel geprüft und ist dabei zu folgendem Resultat gelangt: Von sämtlichen Mitteln, welche zur Behandlung des weichen Schankers empfohlen worden sind, ist das Natrium sozojodolicum dank seiner prompten Wirkung und seiner vollständigen Geruchlosigkeit als das beste zu bezeichnen. Allerdings ver-

ursacht es bei manchen Patienten ein unangenehmes Gefühl von Brennen, bisweilen auch Schmerz; in solchen Fällen empfiehlt es sich, das Natrium sozojodolicum zur Hälfte mit irgend einem indifferenten Pulver anzuwenden. Dem Natrium sozojodolicum steht in seiner Wirkung am nächsten Europhen, das gleichfalls eine sehr günstige Wirkung auf das Geschwür entfaltet, wenn auch nicht eine so energische wie das erstere. Selbst in Fällen mit schwerem Krankheitsverlauf, in denen die Behandlung mit Jodoform und anderen Mitteln resultatlos blieb, wurden mit dem Europhen günstige Resultate erzielt. Niemals bewirkte das Mittel entzündliche Reaction, bereits bestehende Entzündung brachte es rasch zur Ausheilung Als Mängel des Europhens kommen dessen unangenehmer Geruch und hoher Preis in Betracht. Was nun die übrigen Mittel betrifft, so erwiesen sie sich in den Fällen des Verf. als vollständig nutzlos. Li.

Dr. Dworetzki: **Ueber die äusserliche Anwendung von Itrol und Actol.** (Terapewtitscheski Westnik 1898, No. 16.)

Wir entnehmen der vorliegenden Mitteilung nur die Angaben, welche sich auf die Anwendung der bezeichneten Silberpräparate bei venerischen Erkrankungen beziehen. Die Erfahrungen des Verf.'s umfassen vor Allem sieben Falle von venerischem Geschwür; die Behandlung bestand hier in Pulverisation der Geschwürsoberfläche mit Itrollösung 1 : 4000 und nachfolgender Bestreuung mit Itrol in Substanz. Die Geschwüre reinigten sich rasch, die Secretion wurde minimal und bald trat Vernarbung ein. Secundäre Autoinoculationen, sowie Erkrankungen der Drüsen traten dabei nicht auf. In 15 Fällen von Gonorrhoe hat Verf. mit Erfolg Einspritzungen von Itrollösung 0,01—0,052 : 200,0 angewandt. Sämtliche Patienten genasen innerhalb 3—4 Wochen bei täglich dreimaligen Einspritzungen. Li.

Dr. Thurnwald (Wien): **Ueber die Heilwirkung des Xeroforms.** (Wiener med. Wochenschrift 1898, No. 44.)

Wir entnehmen dieser Arbeit nur diejenigen Angaben des Verf.'s, die sich auf seine Erfahrungen mit dem Xeroform bei Behandlung der Geschlechtskrankheiten beziehen. Das Hauptversuchsfeld des Verf.'s bildeten die Ulcera mollia. Gereinigte Ulcera mollia werden im Allgemeinen günstig beeinflußt, die granulationsfördernde Wirkung in dem Maße wie das Jodoform besitzt jedoch das Xeroform nicht. Hingegen lernte Verf. eine andere, sehr brauchbare Eigenschaft des Mittels kennen, nämlich seine ausgesprochen schmerzstillende Einwirkung bei den rhagadenartig um den Rand einer engen Vorhaut sich gruppirenden weichen Schankern. Stark belegte Ulcera mollia vermag das Xeroform allein nicht zu reinigen. Bei dieser Sorte venerischer Geschwüre muß, wie dies auch bei Airol-, Jodoform- und Dermatolbehandlung der Fall ist, zuerst eine kräftige Aetzung mit concentrirter Carbolsäure etc. vorausgehen. Bei vereiterten Bubonen, welche vermöge der zu dünnen Bedeckung oder wegen der Hohlgänge breit ge-

spalten werden mußten, wirkte das Mittel nicht immer verläßlich secretionsbeschränkend; in mehrfachen Fällen mußte man zum Jodoform greifen. Hingegen gebührt dem Xeroform der Vorzug der völligen Reizlosigkeit. Die Umgebung der Höhlenwunden bleibt selbst bei längerem Gebrauche des Mittels intact, was man bei Airol und Jodoform nicht immer behaupten kann. Von den Emulsionen des Xeroforms für die Gonorrhoebehandlung ist wohl nichts zu erwarten. Bei Ulcus durum und luetischen Geschwüren leistet das Xeroform keine wesentlichen Dienste, es steht hinter dem Calomel zurück. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil des Xeroforms in der sogenannten geheimen Praxis ist seine Geruchlosigkeit. Auch greift es die Wäsche kaum an und ist daher bei Ulcus molle und Bubonen sehr zu empfehlen Da das Mittel doppelt so voluminös ist, als das Jodoform, man daher unter gleichen Verhältnissen nur die Hälfte davon gegenüber dem Jodoform benötigt, so wird es sich auch mit Rücksicht auf den Preis in der Zukunft erhalten. Im Ganzen bildet daher das Xeroform eine bemerkenswerte und in bestimmten Fällen sehr schätzenswerte Bereicherung unseres Arzneischatzes, das Jodoform wird jedoch von demselben nicht verdrängt werden. Li.

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Weber (Dalston): **Persistent Priapism, from Thrombosis of the Corpora Cavernosa.** (The Edinburgh Medical Journal, September 1898.)

1. Der 46jährige Patient wurde am 19. April 1898 in das deutsche Hospital zu London eingeliefert. Er gab an, vor zwei Tagen beim Erwachen Erection des Penis bemerkt zu haben, die seitdem nicht mehr zurückging. Er klagte über Schmerzen im Penis, der sich etwas vergrößert zu haben scheint, stellte jede „Libido sexualis“ in Abrede und behauptete, den letzten Coitus vor 14 Tagen gehabt zu haben. Vor 12 Jahren überstand der Patient einen Schanker, vor einigen Jahren Gonorrhoe. Potus und Syphilis werden glaubhaft geleugnet. Nie zuvor hatte der Patient Anfälle von Thrombosis in irgend einem Körperteile. Keine Gicht, kein Saturnismus. Penis in Erection, hart und etwas gespannt. Palpation ergiebt keine Knoten, keine Klumpen. Urethra, Testes, Samenstrang normal. Die sorgfältige locale Untersuchung ergiebt, daß die Erection sich nur auf die Corpora cavernosa erstreckt, während Corpus spongiosum, Glans penis und Vena dorsalis penis weich waren. Der etwas später gelassene Urin ist mäßig sauer, von 1018 spec. Gewicht und zucker- sowie eiweißfrei. Brust- und Bauchorgane normal,

ebenso das Blut. Kein Fieber. Die Behandlung bestand hauptsächlich in Bettruhe, Schutz des Gliedes vor Druck, Application von Umschlägen mit Bleiwasser und innerlichem Gebrauch von Jodkali. Außerdem Regulirung des Stuhles durch leichte Abführmittel und Verabreichung von Chinin und Eisen. Am 9. Mai wurde zum ersten Mal Besserung constatirt, die Pars pubica der Corpora cavernosa wurde weich und etwas biegsam. Am 16. Mai war der ganze Penis viel kleiner, jedoch noch etwas schmerzhaft. Seitdem allmählich fortschreitende Besserung. Am 7. Juni wurde der Patient entlassen.

2. Der 42jährige, an Gicht leidende Patient erwachte eines Morgens plötzlich mit Schmerzen im Penis und Priapismus, der erst nach 16 Tagen etwas nachzulassen begann, um sich innerhalb einer Woche ganz zurückzubilden.

Verf. nimmt an, daß es sich in beiden Fällen um Thrombose der Corpora carvernosa gehandelt habe. Li.

Dr. Sorgo (Wien): **Ueber spontane acute Gangrän der Haut des Penis und des Scrotums und über plastischen Ersatz der ganzen Penishaut.** (Wiener klinische Wochenschrift 1898, No. 49.)

Verf. berichtet über einen Patienten, bei welchem aus ganz unbekannter Ursache ein ausgedehnter gangränöser Zerfall des Penis und des Scrotums Platz gegriffen hatte und unter dem typischen, von Fournier entworfenen Bilde verlaufen war. Innerhalb eines Monats stieß sich allmählich die ganze Haut des Penis bis an den Mons veneris und ein großer Teil der linken und vorderen, zum Teil auch der rechten vorderen Hälfte der Scrotalhaut ab. Mit der Entfernung der gangränösen Partien hatte der bis dahin äußerst maligne Eiter allmählich bessere Beschaffenheit angenommen, wurde an Menge immer geringer, je mehr sich an Stelle des Substanzverlustes gesunde Granulationen zu entwickeln begannen, so daß nach weiteren zehn Tagen mit der plastischen Deckung des Defectes am Penis begonnen werden konnte. Von der Haut des Penis war zu dieser Zeit nichts, vom inneren Präputialblatt blos ein kleines Hautdreieck, dessen Basis und Höhe kaum 1 cm betrug, erhalten geblieben. Es wurde aus der linken unteren Bauchgegend ein der Größe und Form nach der Mantelfläche des Penis entsprechender Lappen mit unterer, etwa zwei Querfinger von der Peniswurzel entfernter Basis geschnitten. Der Penis wurde nach links und etwas nach oben gelagert, mit dem Lappen umhüllt und dieser nach Anfrischung der Wundränder des Penis an dessen Wurzel und peripher in der Circumferenz hinter dem Sulcus glandis durch Nähte an dem Penis befestigt. Der Stiel des Lappens blieb stehen. Der obere Teil des durch die Lappenbildung entstandenen Hautdefectes wurde durch Nähte geschlossen. Jodoformverband. Um eine Durchfeuchtung des Verbandes mit Urin hintanzuhalten, wurde zunächst ein Verweilkatheter eingelegt, und als derselbe nicht vertragen wurde, der Patient regelmäßig zum Uriniren in die linke Seitenlage gebracht;

so gelang es thatsächlich, den Verband, der überdies durch Lagen impermeablen Stoffes geschützt war, trocken zu erhalten, außerdem wurde die Vorsicht gebraucht, die obersten Lagen täglich zu wechseln. Bei dem Verbandwechsel nach einigen Tagen zeigte es sich, daß der Lappen vollständig an dem Penis angeheilt war und nirgends Mortificationserscheinungen darbot. 14 Tage nach der Operation wurde der Stiel durchtrennt und nach Auffrischung des Randes des angeheilten Penislappens dieser mit der Durchtrennungsfläche des Lappens vereinigt und außerdem der untere Abschnitt des Bauchhautdefectes durch Naht geschlossen. Die Längsnaht am Penis fiel in dessen dorsalen Abschnitt, etwas nach links von der Mittellinie. Dieser zuletzt angenähte Teil des Lappens erwies sich aber nach einigen Tagen beim Verbandwechsel als durch Necrose zum großen Teil zu Grunde gegangen, zweifellos weil der eben erst angeheilte Anteil die Ernährung noch nicht übernehmen konnte. Der necrotisirte Teil des Lappens wurde abgetragen, die Wundfläche mit Jodoformverband und später Kupferverband bis zur Bildung neuer, kräftiger Granulationen behandelt. Nach ca. sieben Wochen wurde die plastische Deckung dieses Defectes nach Anfrischung der Wundbasis und der Ränder des bereits angeheilten Lappens vorgenommen in der Weise, daß aus der Regio pubica rechts gegen die Leiste hin ein zungenförmiger Lappen mit medialer Basis geschnitten und eingenäht wurde. Die Entnahmestelle wurde durch Naht geschlossen. Der Lappen heilte prompt ein, jedoch wichen einige Nähte an der Wurzel des Penis, welche die Entnahmestellen des Lappens vereininigt hatten, auseinander; Kupferverband. Es bestand weiterhin die Absicht, den durch Drehung des Lappens an dessen Basis entstandenen Hautzipfel zu versetzen; aber da Patient angab, daß das Glied bei Erectionen vollkommen gerade sei, wurde wegen der Häufigkeit der letzteren davon Abstand genommen. Den Erectionen war es wohl auch zuzuschreiben, daß ein Teil der Nähte an der Entnahmsstelle nach rechts gegen das Scrotum zu nicht hielten. Der durch Auseinanderweichen der Wundränder entstandene kleine Spalt wurde der Heilung durch Granulationsbildung überlassen. Dieselbe erfolgte innerhalb vier Wochen. Die Substanzverluste an der Scrotalhaut waren spontan durch Granulations- und Narbenbildung unter Herbeiziehung der benachbarten Haut geheilt. Die bacteriologische Untersuchung des aus dem zerfallenen Gewebe entnommenen Saftes ergab den Bacillus fluorescens liquefaciens und einen Coccus in deutlicher Diplo- und kurzer Streptoform; jedoch war es aus bestimmten Gründen unmöglich, diese Microbien für die Gangrän verantwortlich zu machen.

Lubowski.

Dr. Breuer (Köln): **Eine neue Operation der Hypospadie der Eichel nach Bardenheuer.** (Centralblatt für Chirurgie 1898, No. 44.)

Die von Bardenheuer ausgearbeitete Methode ist eine Vervollkommnung der Blak'schen. Diese besteht bekanntlich (cf. diese Monatsberichte, Jahrgang 1898, Heft 3, S. 165) darin, daß zunächst die meist präformirt an-

gedeutete Urethralrinne wund gemacht resp. in der Mitte des Penis die Eichel der Länge nach eingeschnitten wird; alsdann wird nach Zurückpräpariren der Penishaut an der unteren Seite des Penis die Harnröhrenöffnung mit einigen Schnitten aus dem sie umgebenden Gewebe ausgeschält, mobilisirt und in die Wunde — artificielle Eichelrinne — bis zum Niveau der Eichelspitze hineingezogen. Hier wird die Harnröhrenöffnung durch Nähte befestigt, und über den Harnröhrenteil der Eichel werden die beiden durch die senkrechte Incision zur Bildung der Rinne formirten Läppchen unter einander durch Nähte verbunden. Zum Schluß folgt passende Vernähung der Penishaut. Diese Methode hat Bardenheuer einmal versucht mit ziemlich befriedigendem Resultat. Die Nähte hielten nicht alle, und die Blutung war ohne Abschnürung sehr bedeutend. Die Harnröhre ist jedoch an der unteren Seite der Eichel fixirt geblieben. Bardenheuer ging deshalb bei dem nächsten Fall in folgender Weise vor: Ablösung der Penishaut an der unteren Seite des Penis nach der Peniswurzel zu und Loslösung des vorderen und seitlichen Harnröhrenteils aus dem sie umgebenden Gewebe bis etwa zur Hälfte der Pars pendula, so daß die Urethra sich leicht bis zur Penisspitze vorziehen ließ. Durchstechen eines recht dicken Troicars durch die Corpora cavernosa der Eichel von der Spitze aus und Durchführung in der Harnröhrenrichtung bis etwa in die Gegend, wo früher die Urethralöffnung lag. Die mobilisirte Harnröhre wurde dann mit einer Pincette durch die durchstochene Eichel hindurchgezogen und an der Peniskuppe mit vier Seidennähten befestigt. Zur Entspannung und Entlastung der Nähte an der Eichelkuppe wurde der hintere Harnröhrenteil an der Eichelbasis durch vier seitliche Catgutnähte im benachbarten Gewebe fixirt. Passende Längsnaht der Haut mit Seide. Man sieht, das Schlußresultat der Operation nach Bardenheuer giebt ein in kosmetischer und functioneller Beziehung sehr schönes und vollkommenes Resultat. Die Nachbehandlung bestand in Auftragen von Borsalbe, die häufig erneuert wurde. Der Wundverlauf und der Schlußeffect übertraf in jeder Beziehung Bardenheuer's Erwartung. Die Nähte wurden nach 8—14 Tagen entfernt. Das so lästige, zeitraubende, häufig nicht so leicht auszuführende Bougiren fiel fast ganz weg. Vier Wochen nach der Operation konnte man an dem Penis des drei Jahre alten Kindes kaum noch die Folgen einer operirten angeborenen Mißbildung wahrnehmen. Li.

Dr. Tipjakow: **Ein Fall von abnormer Localisation der Harnröhre (Epispadia) bei einer Frau.** (Medicinskoe Obosrenie 1898, Bd. 50, Heft 5.)

Die 22jährige Patientin kam in das Krankenhaus wegen Incontinentia urinae. Sie gab an, zwei Jahre verheiratet zu sein, vor der Verheiratung vollkommen gesund gewesen und erst vor $^1/_2$ Jahre erkrankt zu sein Die Untersuchung der sonst gesunden und vollkommen normal entwickelten Frau ergab, daß die Oeffnung der Harnröhre sich oberhalb und rechts vom Kitzler in einer Falte befand, die von der großen rechten und einem Teile

der kleinen Schamlippe gebildet war, nämlich demjenigen Teile, welcher die rechte Hälfte des Praeputium clitoridis bildet. Die Oeffnung der Harnröhre ist so groß, daß sie den Hegar'schen Dilatator No. 15 frei durchläßt. Die Harnröhre geht von rechts steil nach links und oben ab. In Anbetracht dieser Localisation der Harnröhrenöffnung und des Verlaufes der Harnröhre glaubt Verf., daß im geschilderten Falle die bei Frauen äußerst selten vorkommende Epispadie vorlag. Li.

Brown: **Smegma Bacillus.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, October 1898.)

Der Smegmabacillus besitzt dieselben morphologischen Eigenschaften und dasselbe Verhalten den Farbstoffen gegenüber, wie der Koch'sche Bacillus der Tuberculose; nur scheint es dem Verf., daß der erstere etwas länger und schlanker ist und sich nicht so deutlich färbt, wie die letzteren. Nach Bearbeitung mit einer Lösung von Salpetersäure und Alkohol entfärben sich die Smegmabacillen vollkommen, während die Tuberkelbacillen ihre Färbung behalten. Li.

Brulant: **Contribution à l'étude du paraphimosis.** (Thèse de Lille 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

B. beschreibt ein Verfahren zur Heilung der Paraphimose. Vor dem Schnürring, 1 cm von der Eichelfurche entfernt, macht er eine circuläre Incision und eine gleiche Incision hinter dem Schnürring. Die Haut zwischen den Incisionen wird mit der Scheere entfernt und die hintere Lippe mit der vorderen mit feinen Catgutfäden vernäht. Dreyer (Köln).

Alexander (Liverpool): **Ruptura of Urethra.** (The British Medical Journal, 26. November 1898.)

Verf. beschreibt einen Fall von completer Ruptur der Pars membranacea urethrale bei einem 27jährigen Karrenfuhrmann, der von einem Rollwagen überfahren wurde. Es wurde vorn an der Harnblase eine perineale Incision gemacht und man stieß dabei auf einen mit Blut und Serum gefüllten Sack. Derselbe wurde zuerst fälschlich als die zerrissene Harnblase angesehen und drainirt. Am nächsten Tage wurde die Harnblase weit in das Becken zurückgeschoben, vollkommen von der Harnröhre abgetrennt und nach der Methode von Cock geöffnet. Darauf Drainage des artificiellen Sackes mit Gaze und der Harnblase mittelst perinealer Tube. Heilungsverlauf durch andere Ursache etwas verzögert. Zur Zeit der Veröffentlichung des Falles hatte Patient noch einen Katheter in der Harnröhre. Li.

Gregory (Edinburgh): **Diphtheria of Throat, Nares, Conjunctivae and Urethra.** (The Lancet, 6. August 1898.)

Bei dem 20jährigen Patienten stellte sich im Verlaufe einer schweren Diphtherie auch ein characteristischer diphtherischer Proceß an der Vorder-

lippe des Meatus urinarius ein, der die Miction in hohem Maße erschwerte. Die Affection heilte nach Anwendung von Heilserum zur gleichen Zeit mit den übrigen Affectionen ab. Li.

Lavaux: **Uréthrite tuberculeuse suivie de généralisation de la tuberculose après une intervention chirurgicale.** (Le progrès médical 1898, No. 49.)

58jähriger Patient, welcher an Tnberculose der Urethra litt, bekam Instillationen von Argentum nitricum. Die Tuberculose verbreitete sich auf die ganze Urethra, ging auf die Prostata und das Perineum über. Der Auskratzung eines perinealen Abscesses folgte eine Allgemeinverbreitung der Tuberculose. Immerwahr (Berlin).

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. J. Strasburger (Bonn): **Eitrige Epididymitis als Typhuscomplication.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 1.)

Vereiterungen der verschiedensten Organe im Anschluß an Unterleibstyphus sind nicht selten; auch Entzündungen des Hodens resp. Nebenhodens als Complication des Typhus kommen öfter vor. In dem vorliegenden, in der medicinischen Klinik zu Bonn beobachteten Fall trat drei Wochen nach völliger Entfieberung, acht Wochen nach Beginn der Krankheit eine plötzliche starke Schwellung mit Druckempfindlichkeit des rechten Nebenhodens ein, nachdem der Kranke, ein 24jähriger Mann, seit fünf Tagen zeitweilig außer Bett war. Vorher, in den letzten zwei Wochen vor völliger Entfieberung, war der Patient von einem Zahnabsceß, mehreren Furunkeln und zuletzt von einem großen, wenig empfindlichen Absceß der rechten Glutäalgegend betroffen worden, in welchem jedoch keine Mikroorganismen nachgewiesen werden konnten. Ein Ausfluß aus der Harnröhre bestand ebensowenig, wie ein vorangegangenes Trauma nachweisbar war. Die Anschwellung des Nebenhodens war von gleicher Temperaturerhöhung begleitet. Schmerz und Druckempfindlichkeit verschwanden bald, die Anschwellung blieb bestehen, nach einigen Wochen ließ sich an zwei Stellen Fluctuation nachweisen, an den betreffenden Stellen wurde unter aseptischen Cautelen mittelst Punction etwas Eiter zur bacteriologischen Untersuchung entnommen, der als dünnflüssig und grau-rötlich gefärbt sich erwies. Die beiden Stellen wurden nun incidirt und gelangten unter der üblichen Behandlung zur Heilung. Die Schwellung hatte sich im Uebrigen zurückgebildet. In dem aspirirten Eiter konnte Verf. durch Culturverfahren (auch mittelst der Widalschen Probe) einwandsfrei Typhusbacillen nachweisen; andere Mikroorganismen waren nicht vorhanden. Auch die Widal'sche Reaction drei Tage

nach Aufnahme des Patienten in's Krankenhaus hatte ein unzweifelhaft positives Resultat ergeben. Nach dem Verlauf hält es Verf. für erwiesen, daß die Eiterung des Nebenhodens durch Typhusbacillen hervorgerufen war, daß diese sich nicht etwa hinterher angesiedelt hatten. R. L.

Kendirdjy (Paris): **Tuberculose génitale traitée par l'exstirpation totale.** (Société anatomique, séance du 7. octobre 1898. La presse médicale 1898, No. 87.)

Bei dem 20jährigen Patienten zeigten Hoden, Vas deferens und Vesicula seminalis der rechten Seite tuberculöse Degeneration. Durch totale Exstirpation der afficirten Teile wurde der Patient radical geheilt. Li.

Dr. Winkelmann (Barmen): **Neue Methode der Radicaloperation der Hydrocele.** (Centralblatt für Chirurgie 1898, No. 44.)

Verf. wendete in den letzten $1^1/_2$ Jahren an einem Dutzend von Hydrocelen folgende Operationsmethode mit dem besten Resultate an: Spaltung bis auf den Hydrocelensack unter Schleich'scher Infiltrationsanästhesie. Dann etwa 3—4 cm lange Incision, von oben nach unten verlaufend, mehr am oberen als am unteren Pol gelegen. Durch diesen Schlitz wird nach Abfluß der Hydrocelenflüssigkeit der Hoden weit vorgezogen, so daß sich die ganze Tunica vaginalis propria nach außen umkrempelt. Der Schlitz kommt in die Nähe der Samenstranginsertion am Testikel zu liegen und kann hier, wenn nötig, so weit durch eine Knopfnaht verkleinert werden, daß die Rückwärtskrempelung oder der Wiederdurchtritt des Hodens nicht mehr möglich ist. In diese Naht kann sicherheitshalber recht wohl etwas Samenstrangbindegewebe gefaßt werden. Der umgekrempelte Sack mit Hoden wird reponirt, so daß die ganze Serosa der Tunica vaginalis propria nach außen gegen die weitmaschig-bindegewebige Tunica vaginalis communis sieht und mit dieser bald verwachsen kann. Etwaige Secretion der Propria muß so anfangs von der Communis aufgenommen werden. Eine genaue Hautnaht schließt die völlig unblutige Operation ab. Die Heilung dauert nur so lange, bis die Hautwunde verklebt ist, also etwa vier Tage; doch kann man die Operation ambulant ausführen, da Gefahren von Nachblutung etc. nicht eintreten können. In der ersten Zeit kann allerdings eine ödematöse Schwellung im periorchitischen Gewebe auftreten, wohl hervorgerufen durch die Tränkung der lockeren Gewebsmaschen mit der noch zeitweilig andauernden Serosasecretion. Der Hoden erscheint in der Mehrzahl der so operirten Fälle etwas nach oben dislocirt, macht aber nicht die geringsten Beschwerden von Anfang an. Li.

Johnson: **Gonangiectomy and Orchidectomie for Hypertrophied Prostate in the Aged.** (Medical Record, 5. Nov. 1898.)

Verf. gelangt auf Grund seiner eigenen, 33 Fälle umfassenden Beobachtungen, wie auch auf Grund des Studiums der einschlägigen Litteratur zu folgenden Schlüssen:

1. Jeder Fall von Prostatahypertrophie muß zuerst einer 14tägigen palliativen Behandlung unter Beibehaltung von Bettruhe unterworfen werden.

2. Ist bei dieser Behandlungsweise keine Besserung eingetreten, so ist eine gründliche und systematische Untersuchung auf Harnblasensteine und -Polypen, wie auch auf organische und maligne Erkrankung der Prostata und der Harnblase vorzunehmen. Cystitis, acute Prostatitis und Abceß der Prostata sind stets in Betracht zu ziehen. Auch ist natürlich der Harn häufig zu untersuchen. Falls Cystitis festgestellt wird, ist eine Katheterisation der Ureteren vorzunehmen, um den Zustand der Nieren zu prüfen. Am leichtesten geschieht die Ureterkatheterisation mit dem Instrumentarium von Harris. Wird bei der Digitaluntersuchung die Prostata vergrößert gefunden, so sind die Dimensionen möglichst genau festzustellen. Entschließt man sich zu einer Operation, so erwägt man, welche Operationsmethode für den betreffenden Fall die meist geeignete zu sein scheint. Jedenfalls ist die Gonangiectomie und die Orchidectomie mit der geringsten Lebensgefahr verknüpft.

3. Chloroform kann angewendet werden, sofern es die Operationsdauer nicht verlängert und die Nieren nicht reizt. Die Operation ist in der möglichst kürzesten Zeit zu beenden. Die Gonangiectomie und Orchidectomie lassen sich am schnellsten und schmerzlosesten ausführen. Auf die Nachbehandlung ist großes Gewicht zu legen.

4. Die Zeit des Eintritts der Besserung ist verschieden. Jedenfalls war sie in den Fällen des Verf.'s nicht so präcis bis auf Stunde und Tag, wie in den meisten in der Litteratur veröffentlichten Fällen. Nur in zwei Fällen mußte man nach der Operation den Katheter gebrauchen.

5. Die Orchidectomie gab mehr unmittelbare Resultate und führte Verkleinerung der Prostata rascher herbei, als die Gonangiectomie.

6. Die Nieren sind nach der Operation sorgfältig zu überwachen. Gehirnerscheinungen waren nur in drei Fällen aufgetreten, von denen zwei mit Nierenaffection complicirt waren. Li.

Dr. M. Henkel (Hamburg): **Beitrag zur Pathologie der männlichen Geschlechtsorgane.** (Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten 1898, Bd. II, Heft 1.)

Verf. beschäftigt sich in seinem Beitrage mit der seit einigen Jahren im Vordergrunde des Interesses stehenden Prostatahypertrophie, und zwar vornehmlich mit der Frage der Aetiologie derselben Er verfolgt Schritt für Schritt sämtliche zur Erklärung der Pathogenese der Prostatahypertrophie herangezogenen Hypothesen, dieselben, gestützt auf den Erfahrungen der Neuzeit, wie auch auf eigenen Experimenten, einer kritischen Beleuchtung unterziehend. Er gelangt zu dem Schluß, daß die Ursachen der Prostatahypertrophie recht verschieden sein können und daß für manche Fälle von Prostatahypertrophie die Aetiologie noch vollkommen dunkel ist. Hervorzuheben wäre, daß Verf. auf Grund zahlreicher Experimente zu dem mit den Untersuchungsergebnissen Casper's übereinstimmenden Schluß

gelangt ist, daß eine Gefäßerkrankung des Urogenitaltractus, gleichviel welcher Art dieselbe auch sei, keinerlei Einfluß auf die Entwicklung der Prostatahypertrophie auszuüben vermag. Li.

Dr. Alexis Thomson: **Personal Experiences in the Treatment of Enlarged Prostate.** (Edinburgh Medical Journal 1898, Bd. IV, Heft 2.)

Die eigenen Erfahrungen des Verfassers umfassen fünf Fälle von mittelst Castration behandelter Prostatahypertrophie. Diese Behandlungsmethode wählte Verf. aus dem Grunde, weil die übrigen Behandlungsmethoden seiner Meinung nach unzulänglich sind: so ist die Operation von Aunandale und Harrison, die in Anlegung einer Harnblasenfistel und Dauerdrainage besteht, mit großen Schwierigkeiten verknüpft; die Bottini'sche Operation, welche in galvanocaustischer Zerstörung oder Teilung des obstruirenden Prostatagewebes besteht und bei Bottini selbst auf 80 Fälle nur zwei Todesfälle gegeben hat, mag wohl in den Händen eines eingeübten Chirurgen gute Resultate geben, nicht aber in den Händen Derjenigen, die zum ersten Male diese Operation anwenden wollen. Die suprapubische Prostatectomie ist allerdings eine erfolgversprechende Behandlungsmethode, aber nur in Fällen, in denen die Harnretention durch eine intravesicale Projection der Prostata bedingt wird, namentlich wenn man die Existenz eines gestielten Mittelteils der Prostata annehmen kann, der sich leicht mittelst Scheere oder Kneifzange entfernen läßt. In einem derartigen Falle erzielte Verf. vollständige Heilung, wenngleich die locale Heilung der Harnblasenfistel sich enorm verzögert hat. Allerdings war in diesem Falle noch keine Spur von Infection der Harnblase vorhanden. Handelt es sich aber um allgemeine Hypertrophie der Prostata, und hat namentlich die Krankheit bereits einen hohen Grad erreicht, so ist die Castration die einzige Behandlungsmethode, mit deren Hilfe man noch das Leben des Patienten retten oder wenigstens bedeutend verlängern kann; zu dieser Categorie gehörten auch die fünf Fälle, welche Verf., wie oben bereits erwähnt, mittelst Castration behandelt hatte. In vier Fällen wurde die beiderseitige Castration, in dem fünften Falle die Resection des Vas deferens gemacht; in diesem letzteren handelte es sich um einen Patienten mit nur einem Hoden. Die vier castrirten Patienten standen im Alter von 68—76 Jahren; die Harnretention bestand 1—10 Jahre, bis schließlich selbst die Einführung des Katheters nicht mehr gelang. Was nun das Resultat der Operation betrifft, so ist dasselbe als ein befriedigendes zu bezeichnen. In sämtlichen Fällen war Besserung der Harnentleerung eingetreten, wenn auch in verschiedenen Zeiträumen nach der Operation (eine Woche bis vier Monate); Verkleinerung der Prostata war in zwei Fällen zu constatiren. In dem einen Falle war der Patient im Stande, seine ganze Harnmenge spontan zu entleeren; in den übrigen Fällen blieben die Patienten auf den Gebrauch des Katheters, aber nur zur Entfernung des Residualharnes, angewiesen; die Kathetereinführung geschah

aber nunmehr leicht und schmerzlos. Die Operation selbst verlief bei sämtlichen Patienten glatt; einer Chloroformnarcose bedurfte es nicht; auch blieben die Patienten nach der Operation nur einige Tage zu Bett.

M. L.

VII. Blase.

Brewer (New-York): **Some Observations upon the Use of Urotropin in Pyuria.** (Journal of Cutaneous and Genito-urinary Diseases, November 1898.)

Angeregt durch die Veröffentlichung Casper's in der Deutschen med. Wochenschrift und Citron's in diesen Monatsberichten (1898, Heft 2), hat Verf. das Urotropin in drei Fällen von Pyurie angewandt. Die erzielten Resultate sind durchaus günstig, und Verf. glaubt, den günstigen Ausgang der Erkrankung in sämtlichen Fällen der directen Wirkung des Medicaments zuschreiben zu können Falls weitere Beobachtungen die Erfahrungen der vorerwähnten Autoren und die des Verf.'s bestätigen würden, so würde die Einführung des Urotropins in die Praxis des Urologen eine ganz hervorragende Bereicherung des urologischen Arzneischatzes bedeuten. Li.

Bazy: **Traitement de la cystite tuberculeuse par l'huile de vaseline jodoformée.** (La semaine médicale 1898, No. 60.)

Verf. machte die Beobachtung, daß Vaselinöl, in die Harnblase injicirt, in derselben leicht festgehalten und dann nicht vor Ende der nächsten Miction entleert wird. Diese Beobachtung brachte ihn auf den Gedanken, die besagte Eigenschaft des Vaselinöls bei der Behandlung von tuberculöser Cystitis zu utilisiren, und er führte diesen Gedanken in der Weise aus, daß er in die Harnblase 20—30 ccm jodoformirten (bis $^1/_{20}$) Vaselinöls injicirte. Verf. hat diese Methode bereits in einer größeren Anzahl von Fällen angewandt und überall bedeutende Besserung des Krankheitsprocesses erzielt.

Li.

Pousson: **Traitement de la cystite.** (Le progrès médical 1898, No. 51.)

Seit zehn Jahren behandelt Verf die tuberculöse Cystitis mit Instillationen von 5proc. Jodoformvaselinöl. Er injicirt 10—15 ccm. Man erzielt dadurch eine dauernde Einwirkung des Medicamentes.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Borbély (Torda, Ungarn): **Ueber die Ursachen der Harnsteine.** (Ungarische medicinische Presse 1898, No. 46.)

In der Aetiologie der Blasensteine spielt die Ernährung eine hervorragende Rolle. So z. B. zeigen Steine von solchen Kindern, besonders der

ärmeren Klasse, die mit kohlenstoffreichen Speisen sich ernähren, eine dementsprechende Zusammensetzung. Ferner ist es bewiesen, daß bei Kindern, die an intestinalen Störungen leiden oder gelitten haben, der Harnsäureinfarct der Niere, dessen Zusammenhang mit den Steinen evident bewiesen ist, häufiger vorkommt als bei anderen. In dem Harn von an Enteritiden leidenden Kindern wurde das harnsaure Natrium als steinbildendes Material vielseitig nachgewiesen. Ferner sehen Viele in den klimatischen Verhältnissen, im Wein- oder Biergenuß, in dem Trinken von kalkreichem oder kalkarmem Wasser Gründe für die Steinbildung. Ebstein hält vom ätiologischen Standpunkt eine desquamative Entzündung für wichtig, was jedoch widerlegt wurde. Auch die Gicht spielt in der Aetiologie eine wichtige Rolle Es kommt hier einerseits die harnsaure Diathese in Betracht, andererseits der harnsaure Niereninfarct der an Gicht leidenden Individuen. Die Heredität wird besonders bei den Cystensteinen durch viele Gründe erhärtet, während sie in Bezug auf andere Steine nur teilweise bewiesen ist; hauptsächlich sind es die harnsauren Steine, wo die Heredität eine Rolle spielt. In die Aetiologie der Harnsteine sind auch die Mikroben hineingelangt; es ist jedoch deren pathogenetische Rolle keineswegs bewiesen. Viel wichtiger sind in die Blase hineingelangte Fremdkörper, die dort incrustirt werden. Je poröser diese ist, desto leichter geschieht die Steinbildung. Außer den aufgezählten Momenten spielt auch die sogenannte individuelle Disposition eine Rolle Li.

Dr. Schreiber und Dr. Zandy: **Zur Wirkung der Offenbacher Kaiser Friedrich-Quelle.** (Zeitschr. f. diätetische u. physikal. Therapie 1898, Bd. II, 2. Heft.)

Ueber die Wirkung der obengenannten Quelle haben die Verfasser in der unter Prof. Ebstein's Leitung stehenden Göttinger medicinischen Klinik Versuche angestellt, auf Grund deren sie dieses Mineralwasser warm für die Behandlung der harnsauren Diathese empfehlen. Das Wasser gehört in die Gruppe der alkalischen Wässer, und zwar steht es in der Mitte zwischen den alkalisch-muriatischen und alkalisch-salinischen und enthält daneben noch relativ viel doppeltkohlensaures Lithion. Es reagirt alkalisch. Die Quelle wird in zwei Füllungen abgegeben, von denen die eine künstlich eingeführte reine Kohlensäure enthält, während das Wasser an sich wenig freie Kohlensäure besitzt. Verff. benutzten die kohlensäurefreie Füllung zu ihren Versuchen. In diesen wurde erstlich die Qualität und Quantität des abgesonderten Harns bestimmt, wobei die Wirkung der Offenbacher Quelle mit der des Fachinger Wassers, sowie mit der Wirkung von einfach zugeführtem Natrium bicarbonicum verglichen wurde, ferner wurde das Lösungsvermögen des während des Gebrauchs des Offenbacher Wassers secernirten Harns für Harnsäure untersucht. In ersterer Hinsicht ergab sich eine deutliche, durch das Wasser bewirkte Steigerung der Intensität des Stoffwechsels, in letzterer Beziehung stellte sich in der That eine beträchtliche Erhöhung des Lösungsvermögens des Urins für Harnsäure heraus. Dieser zweite Punkt ist der

für die Praxis besonders wichtige, da er den eigentlichen Maßstab dafür abgiebt, ob ein Medicament für die Therapie der harnsauren Diathese brauchbar ist oder nicht. Die harnsäurelösende Kraft der Offenbacher Kaiser Friedrich-Quelle ist, wie die Verfasser ermittelten, ebenso stark, wie die des Fachinger Wassers, ferner gleich der, die man dem Urin durch Verabreichung von Natrium bicarbonicum verleihen kann. Während aber die längere Darreichung von Fachinger Wasser, wie auch von Natrium bicarbonicum von den Patienten nicht vertragen wird, kann eine schwache Quelle wie die Offenbacher unbedenklich sehr lange genommen werden, und das ist notwendig, da eine erfolgreiche Trinkkur bei der harnsauren Diathese Jahre hindurch fortgesetzt werden muß Ueber die Wirkung des trockenen Gemisches aller wägbaren Salze der Quelle wurde nur ein Versuch angestellt, welcher eine stark laxirende Wirkung zu ergeben schien; aus diesem Grunde ist es besser, das Wasser selbst zu gebrauchen. R. L.

Dr. Alapy (Budapest): **Steinzertrümmerung bei einem 21 Monat alten Knaben.** (Ungarische medicinische Presse 1898, No. 47.)

Der Stein war kaum größer als eine Bohne und wurde mit Erfolg zertrümmert. Nur für die Dauer eines Tages wurde ein Dauerkatheter eingeführt; dann stand das Kind gesund auf. Die Lithotripsie ist bei Kindern der Sectio alta stets vorzuziehen. Li.

Dr. George Chismore: **A Description of a New Lithotrite.** (The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, Oct. 1898.)

Das Princip des neuen Instruments beruht auf Utilisirung der zertrümmernden Wirkung scharfer wiederholter Stöße zum Zerbröckeln der Steine und ist von der Beobachtung abgeleitet, daß die automatische Bohrmaschine mit Leichtigkeit den härtesten Stein durchbohrt. Das Instrument besteht aus einem leichten Hammer, der mittelst Spiralfeder, die sich in einer cylindrischen Tube befindet, an dem äußeren Ende des einen Schenkels des Lithotriptors befestigt ist. Die Anwendungsweise des Instruments ist folgende: Nachdem man den Stein gefaßt und in die Mitte der Blase gebracht hat, wird derselbe von einem Assistenten mit Hilfe des Getriebes zwischen den Schenkeln des Instruments mit aller Kraft festgehalten. Der Hammer wird nun gegen den spitz zulaufenden Kopf des anderen Schenkels, d. h. gegen den Stein, der von demselben festgehalten wird, gestoßen und dann mittelst besonderer Vorrichtung zurückgezogen, um im nächsten Augenblick den Stoß zu wiederholen. Man wiederholt die Stöße gegen den Stein so lange, bis derselbe schließlich zerbröckelt. Li.

Phocas: **Nouveau procédé opératoire pour exstrophie de la vessie.** (Le progrès médical 1898, No. 49.)

Bei einem 17monatl. Mädchen operirte Verf. folgendermaßen. Nachdem er eine Sonde in jeden Ureter eingeführt hätte, nahm er zwei seitliche Lappen von den Hautfalten zu beiden Seiten des Mons veneris. Diese beiden Lappen

deckten den größten Teil der Blase. Die beiden Ureteren wurden in den unteren Teil der Wunde implantirt, wo die beiden Sonden herausstehen. Der Schluß der Blase wurde durch zwei obere Lappen vervollständigt, welche durch zwei Bogenschnitte aus der Bauchhaut gewonnen wurden.

Immerwahr (Berlin).

VIII. Ureter, Niere etc.

Cathelin (Paris): **Uretère double.** (Société anatomique, séance du 7. octobre 1898. La Presse médicale 1898, No. 87.)

C. demonstrirt den Harnapparat einer jungen Frau, die an Mastdarmcarcinom zu Grunde gegangen ist. Derselbe zeigt eine Verdoppelung des rechten Ureters, der auch mit zwei Oeffnungen in die Harnblase mündete.

Li.

Chauffard et Castaigne: **Granulie anormale des reins.** (Le progrès médical 1898, No. 48.)

Verff. demonstrirten in der Société médicale des hôpitaux die anatomischen Präparate eines Mannes, welcher an Nierentuberculose gestorben war. Der Kranke, welcher bei seiner Aufnahme in's Krankenhaus an renaler Insufficienz litt, war Alkoholist und wahrscheinlich auch bleikrank. Er zeigte die gastrointestinalen Symptome der Urämie und starb an wohlcharacterisirter Urämie. Bei der Autopsie fand man, daß die Nieren sehr groß waren, jede wog ungefähr 450 g; die Capsula ließ sich leicht abziehen. Die Rindensubstanz zeigte ein ganzes Beet von tuberculösen Granulationen, die schon fibrös-käsig geworden waren. Diese Granulationen lagen periglomerulär und hatten die Glomeruli comprimirt, und so die renale Insufficienz hervorgerufen ohne Störungen von Seiten des Herzens und der Gefäße.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Morosow: **Ueber die Behandlung des Morbus Brightii mit isländischem Moos.** (Wojenno-medicinski Journal, Sept. 1898.)

Verf. hat in einigen Fällen von Morbus Brightii, sowie in einigen Fällen von plötzlicher Verringerung der Harnsecretion bei bis dahin gesund gewesenen Personen isländisches Moos in Form von Decoct angewandt und ziemlich befriedigende Resultate erzielt. Unter dieser Behandlung verringerten sich bei gleichzeitiger Milchdiät das Harnquantum, der Eiweißgehalt des Harns, sowie die bestehenden Oedeme. Am besten wirkte das

Moos, wenn es in natura, ohne jede Zubereitung zum Decoct verarbeitet wurde. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 18 Tage; an den widerlichen Geschmack des Mooses gewöhnten sich die Patienten sehr bald.

Li.

Mathieu: **Urémie gastrique.** (Le progrès médical 1898, No. 48.)

29jähriger Mann, litt an Uebelkeiten, Magenschmerzen, schlechter Verdauung und Kopfschmerzen. Es wurde bei ihm Albuminurie 0,26 : 1000 constatirt. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich, der Eiweißgehalt stieg auf 5 : 1000; und trotz Magen- und Darmausspülungen starb Patient nach einigen Wochen im Coma. Die Diagnose wurde auf gastrische Urämie gestellt. Diese Form der Urämie ist selten diagnosticirt worden, und in Folge des diagnostischen Irrtums kommen die schlechten Resultate der Behandlung. Bei der gastrischen Urämie besteht die Bright'sche Nierenerkrankung in geringem Maße; die Magensymptome sind nur secundär. Die Therapie besteht in Milchdiät und Purgantien. Diese urämische Dyspepsie kann man mit der urämischen Dyspnoe vergleichen.

Immerwahr (Berlin).

Suckling (Birmingham): **On Movable Kidney, with Special Reference to its Influence on the Nervous System.** (The Edinburgh Medical Journal, September 1898.)

Als beweglich bezeichnet Verf. eine Niere nur dann, wenn sie mit der Hand gefaßt werden kann, wenn sie unterhalb der Rippen gefühlt wird und den Händen entschlüpft, wenn auf sie gedrückt wird. Die Bezeichnung „dislocirte" würde nach Verf. den Thatsachen mehr entsprechen, als die Bezeichnung „bewegliche", da die Niere doch wirklich dislocirt ist. Die Thatsache, daß die bewegliche Niere so häufig übersehen wird, führt Verf. auf mangelhafte Kenntnis ihrer Häufigkeit und ihrer Bedeutung, sowie der Untersuchungsmethoden zurück. Tausende von Frauen führen ein kümmerliches Dasein in Folge dieses Leidens, und suchen sie einmal den Arzt auf, so sind sie häufig nicht zu bewegen, das Corset abzulegen; sie glauben, an allen möglichen und unmöglichen Krankheiten zu laboriren, nur nicht an einem Nierenleiden, so verschieden und weit abliegend sind die Symptome, welche eine bewegliche Niere verursacht. Ein Urteil über die Frequenz der beweglichen Niere kann man sich schon aus der kleinen Statistik des Verf.'s machen, der unter 100 Frauen 42mal und unter 100 Männern 6mal bewegliche Niere constatirt hat, wobei in manchen Fällen beide Nieren beweglich waren. Bei Frauen ist die linke Niere in Folge ihrer anatomischen Lage weniger häufig dislocirt als die rechte; bei Männern wird diese Differenz nicht beobachtet.

Die Diagnose kann in Anbetracht der außerordentlichen Mannigfaltigkeit der durch bewegliche Niere verursachten Erscheinungen einzig uud allein auf Grund Palpation des Abdomens gestellt werden, wobei die

Symptome allerdings manchen Stützpunkt gewähren können. Von diesen letzteren sind besonders folgende hervorzuheben: Schmerz, der namentlich bei Dislocation der linken Niere äußerst heftig ist, gedrückte Gemütsstimmung und Hypochondrie, Unfähigkeit, längere Gänge zu machen, bisweilen sogar ausgesprochene Ataxie; ferner Störungen von Seiten der Leber und des Herzens, Vertigo, vergrößerte Milz, Dyspepsie, Albuminurie, Abmagerung, verbunden mit Kräfteverfall, welch' letzterer so hochgradig sein kann, daß die Kranken kaum aufrecht stehen können, und schließlich Anfälle von Epilepsie und Colik.

Bezüglich der Aetiologie des in Rede stehenden Leidens geht Verf. von der Thatsache aus, daß dasselbe bei Frauen 8—9mal so häufig vorkommt wie bei Männern und glaubt nun, das Corset dafür verantwortlich machen zu müssen. Die einzig rationelle, palliative Behandlung wäre nach Verf. das Tragen einer entsprechenden Leibbinde. Zu den vielen Binden, die zu diesem Zweck vorgeschlagen werden, hat Verf. noch eine eigene hinzuconstruirt, die natürlich alle anderen übertrifft und bei deren Tragen eine chirurgische Intervention, wenn überhaupt, so doch äußerst selten erforderlich wird. Li.

Wertheim: **Wichtigkeit der Cystoskopie für die Diagnose der Erkrankungen der Niere.** (Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 50.)

Wie wichtig die Cystoskopie für die Diagnose der Erkrankungen der Niere ist, beweist ein Fall, den W. operirte. Es fand sich reichliches eitriges Exsudat im Urin. Die Frau war mit der Diagnose einer tuberculösen Cystitis von einem Urologen geschickt worden. Der Katheterismus der Ureteren ergab, daß es sich um eine Eiterung in der linken Niere handelte; auch konnten Tuberkelbacillen in diesem Eiter gefunden werden. Die andere Niere erwies sich als normal. Es wurde die Nephrectomie mit lumbalem Schnitt ausgeführt, und der Frau geht es gut. Es fand sich auch eine hochgradige Vereiterung des Nierenbeckens, und auch im Gewebe der Niere wurden massenhaft Tuberkelbacillen nachgewiesen. Der Fall ist deshalb interessant, weil er die Wichtigkeit des Ureterenkatheterismus bei Nierenerkrankungen, besonders bei Nierentumoren demonstrirt. Auch bei durch Knickungen des Ureters hervorgerufenen Hydronephrosen ist der Ureterenkatheterismus von Wichtigkeit, da sich gerade Knickungen des Ureters durch denselben gut feststellen lassen. Es kann vorkommen, daß der Katheter die Knickung passirt; die Reichlichkeit der abströmenden Flüssigkeit wird dann auf die richtige Diagnose leiten. Kann der Katheter die Knickungsstelle nicht passiren, so ist dieses Moment für die Diagnose äußerst wertvoll. Ein anderes wichtiges Moment ist, daß man sich bestreben muß, nachzuweisen, ob die Niere nicht an ihrer gewöhnlichen Stelle vorhanden ist. Ist dieselbe an ihrer gewöhnlichen Stelle, dann kann es sich um keinen Nierentumor handeln. Auf diese Weise kann man sich leicht vor diagnostischen Irrtümern schützen. Immerwahr (Berlin).

Cathelin (Paris): **Tuberculose urinaire latente.** (Société anatomique, séance du 17. octobre 1898. La Presse médicale 1898, No. 87.)

Der betreffende Patient bekam erst kurz vor dem Tode urämische Anfälle in Form von Cephalalgie und Gesichtsconvulsionen. Die Obduction ergab vorgeschrittene Tuberculose der Harnblase, der Harnleiter und der Nieren. Li.

Delbet: **Behandlung der Hydronephrose durch Uretero-Pyelostomie.** (Academie de médecine, 27. December 1898.)

Die Hydronephrose ist bis jetzt nur in einer geringen Anzahl von Fällen durch die Uretero-Pyelostomie behandelt worden. Im letzten Jahre hat Bazy zehn Beobachtungen dieser Art, darunter zwei eigene, veröffentlicht. D. behandelte nach dieser Methode eine Patientin von 33 Jahren mit Hydronephrose der linken Niere. Dieselbe bildete einen Tumor, der zur Fossa iliaca hinabstieg. Dabei bestand reflectorische Anurie, ohne daß der rechte Ureter obliterirt war. Der Tumor wurde von der Lumbalgegend aus angegriffen. D. fand 4 cm unterhalb des Nierenbeckens eine Verengerung des Ureters, durchschnitt denselben unterhalb der verengten Stelle und nähte den abgeschnittenen Ureter in die Wand des Nierenbeckens ein. Der Erfolg war ein guter und die Urinsecretion stellte sich wieder her.

Ritterband.

Dr. Albert Alsberg (Hamburg): **Ueber einen mit Hilfe des Röntgenbildes diagnosticirten Fall von Nierensteinen mit Operationsbefund.** (Münchener med. Wochenschrift 1898, No. 51.)

Der Fall betraf einen 34jähr. Schiffszimmermann, welcher nach seiner Angabe seit 10 Jahren an Schmerzen in der rechten Seite unterhalb des Rippenbogens litt; schon einmal vor fünf Jahren war er erfolglos in einem Krankenhaus gewesen. Die Schmerzen hörten seitdem nicht mehr auf; eigentliche Kolikanfälle waren nicht da. Wegen Zunahme der Schmerzen ließ Patient sich in das israelitische Krankenhaus aufnehmen. Allgemeinbefinden sehr gut, innere Organe gesund. Beim Versuch, die rechte Niere zu palpiren, äußert Patient Schmerzen; man fühlt den unteren Teil der Niere ohne Besonderheit. Urin klar, sauer, ohne Eiweiß und Zucker. Die Diagnose blieb zunächst in suspenso, die Therapie, blutige Schröpfköpfe etc, blieb ohne Erfolg. Da sich deswegen die Vermutung, daß es sich um Steine in der rechten Niere handelte, aufdrängte, wurde eine Röntgenaufnahme gemacht, und das auf diesem Wege erhaltene Bild war ein so frappantes und deutliches, daß die Diagnose ohne Weiteres sicher gestellt war. Es fand sich auf dem Bilde rechts von der Wirbelsäule, ungefähr 4 cm von derselben entfernt, ein scharf umgrenzter, gleichmäßiger Schatten, der vollständig die pfeifenkopfähnliche Gestalt eines Nierenbeckensteines aufwies.

Der Schatten war 3½ cm lang, 2¼ cm breit, seine Spitze befand sich 9 cm oberhalb des Darmbeinkammes. 1½ cm nach unten außen von diesem Schatten sah man einen zweiten, 1 cm im Durchmesser haltenden, rundlichen, doch undeutlich begrenzten Schatten. Nach diesem Befund ließ sich mit Sicherheit ein großer Stein im rechten Nierenbecken und ein kleinerer in der Gegend des unteren Pols der rechten Niere annehmen; die nochmalige mikroskopische Untersuchung des centrifugirten Urins wies einzelne rote Blutkörperchen nach, wodurch die Diagnose eine weitere Stütze erhielt. Deswegen wurde die Operation beschlossen, welche eine völlige Bestätigung des Röntgenbildes ergab: im Nierenbecken fand sich ein großer Stein, der ohne Schwierigkeit entfernt werden konnte, und in der Nähe des unteren Pols fand sich eine Härte, die sich als ein in einem erweiterten Nierenkelch befindliches Conglomerat von Steinen herausstellte, denn durch den Druck des untersuchenden Fingers wurden nach und nach sieben kleine, ungefähr erbsengroße Steine aus dem Nierenkelch durch eine kleine Oeffnung in das Nierenbecken dislocirt und entfernt. Nirgends fand sich eine Spur von Eiter. Der weitere Verlauf war gut, nach drei Wochen konnte der Patient mit fast geheilter Wunde das Bett verlassen. Die Schmerzen waren völlig verschwunden. Der große Nierenbeckenstein wog 8 g, die kleineren Steine hatten zusammen ein Gewicht von 2 g. Es waren alles Oxalatsteine.

R. L.

J. Guyon und Albarran (Paris): **Ueber die Nephrotomie.** (Wiener med. Blätter 1898, No. 44—46.)

Es erscheint vernünftig, den Ausdruck Nephrotomie für die einfache Nierenincision anzuwenden und Nephrostomie die Eröffnung des Nierenbeckens durch das Nierengewebe hindurch zu benennen, wenn die Nierenwunde offen erhalten wird und man zu therapeutischen Zwecken und mit Vorbedacht eine chirurgische Fistel macht. Die Nephrotomie (temporäre Eröffnung der Niere) wird ausgeführt 1. zur Untersuchung der Niere, des Nierenbeckens und der Ureteren; 2. zur Extraction von Steinen; 3. nebenbei, als erster Abschnitt bei gewissen Operationen der Ureteren und des Nierenbeckens. Bei der explorativen Nephrotomie soll die Nierenincision möglichst wenig Nierenparenchym zerstören, eine geringe Blutung verursachen, die Nierenbecher und das Nierenbecken eröffnen und das Maximum am Nierengewebe zu Gesicht bringen. Die Methode, welche am besten diese Bedingungen erfüllt, ist die Bloßlegung des Organs durch einen lumbalen senkrechten oder schiefen Einschnitt; nachdem man die Niere aus ihrer Fetthülle losgelöst hat, zieht man sie soweit als möglich heraus und comprimirt den Stiel mit Hilfe der Finger. Wenn man soweit ist, dringt man zur Niere vor und schneidet ihren convexen Rand weit ein und kommt bis zum Nierenbecken. Der Schnitt, den man führt, ist analog dem bei Sectionen angewandten. Die explorative Nephrotomie ist die sicherste Maßnahme, die bestmöglichste, wenn man mit dem Zustande der Niere rechnet; trotzdem ist in gewissen, wenn auch seltenen Fällen diese Methode un-

zuverlässig. Die Nephrolithotomie, d. h. die Nephrotomie mit Extraction von Steinen durch die Nierenwunde kann entweder durch Schnitt durch das Nierenparenchym ausgeführt werden, oder nur durch Schnitt durch die Nierenbeckenwand, die Pyelotomie. Die Pyelotomie zeigt den nicht zu verachtenden Vorteil, das secernirende Parenchym zu schonen, besonders da die Steinnieren immer von einer sclerosirenden Nephritis befallen sind, einer Erkrankung, welche die Parenchymveränderungen der Niere nach dem chirurgischen Eingriff schwerer macht. Hingegen zeigt die Pyelotomie auch ernste Nachteile. In erster Linie sind Fisteln viel häufiger nach der Incision des Nierenbeckens, als nach einer Nephrotomie. In zweiter Linie läuft man Gefahr, bei diesem Verfahren Steine in den Nierenkelchen zu übersehen. Schließlich ist an der Pyelotomie die vergrößerte Schwierigkeit der Extraction gewisser Steine, besonders der korallenförmigen, zu tadeln. Man sieht also, daß, Alles in Allem betrachtet, die Nephrotomie der Pyelotomie bei der Entfernung der Nierensteine überlegen ist. Die Pyelotomie ist nur dann indicirt, wenn man durch manuelle Untersuchung der Niere sicher einen kleinen, regulären Stein durchtastet.

Bei der Nephrostomie (Etablirung einer chirurgischen Nierenfistel) kann man den Einschnitt entweder durch das Peritoneum oder aber auch in der Lendengegend machen. Die letztere Methode ist vorzuziehen wegen der leichteren Ausführung der Operation, der geringeren Gefahr, der weitaus besseren Bedingungen für die Nachbehandlung der Fisteln, welcher Art auch die secundäre Operation, die man ausführen will, sei. Die Nephrostomie hat den Zweck, entweder eine septische oder aseptische Retention der Niere zu entleeren oder, aber die Thätigkeit der Niere im Falle von Anurie wieder herzustellen. Als allgemeine Indicationen für die Nephrostomie sind die Anurie, die Uronephrosen und die Pyonephrosen zu erwähnen. 1. Nephrostomie bei Anurie. Bei Steinanurie kommen auch wieder je nach Lage und Art des Steines die Ureterotomie, die Pyelotomie und die Nephrotomie mit Exstirpation des Steines und sofortiger Naht der Niere in Frage. Trotz aller Vorteile, welche diese Operationen im gegebenen Falle bieten, gilt die Nephrostomie als empfehlenswerteste Operation in der großen Mehrheit der Fälle von Steinanurie, besonders in Anbetracht der Thatsache, daß eine geöffnete und zugenähte Niere nicht so geeignet erscheint, zu secerniren, wie eine offen gelassene Niere. Die Nephrostomie ist die einzige Operation in sehr ernsten Fällen. 2. Nephrostomie bei Uronephrose hat an sich nur den Zweck, eine Urinfistel zu schaffen; ihre eigentliche Indication findet sie in der Uronephrose, wenn, nachdem die andere Niere zerstört ist, es unerläßlich ist, jenen Teil des Nierenparenchyms, den die Harnverhaltung nicht zerstört hat, zu erhalten. Unter solchen Umständen ist die Nephrectomie untersagt. Wenn man sich aber überzeugt hat, daß die zweite Niere regelmäßig functionirt, was nur der ureterale Katheterismus bestimmt zeigen kann, ist es rationeller, sich direct gegen die Ursache der Uronephrose zu wenden und, wenn möglich, den Lauf des Harns wieder herzustellen. 3. Nephrostomie bei Pyonephrosen. Dabei sind wegen der Indicationsstellung

die gewöhnliche Pyonephrose und die tuberculöse Pyonephrose zu unterscheiden. Die durch die Nephrostomie bei der gewöhnlichen Pyonephrose hervorgerufene Fistel ist in vielen Fällen hartnäckig und kann permanent werden. Im Allgemeinen ist die Fistel aber in keiner Hinsicht sehr störend, auch heilt sie oft spontan. Schließlich hat man in der secundären Nephrectomie noch eine letzte Hilfe, wenn die Heilung sich als unmöglich erweist und wenn die Nierensecretion keinen reellen physiologischen Wert aufweist. Die gleichzeitige Nephrectomie hat bei einfacher Pyonephrose nur in seltenen Fällen eine Berechtigung; sie kann den Vergleich mit der Nephrostomie nicht aushalten. Auch ist die Nephrostomie bei Pyonephrosen fast immer jenen Eingriffen vorzuziehen, die von vornherein die Wiederherstellung des normalen Harnlaufes bezwecken. Es ist mit Ausnahme vereinzelter Fälle besser, diese plastischen Operationen einige Zeit nach der Nephrostomie vorzunehmen, wenn der Zustand des Kranken und auch die localen Bedingungen bessere geworden sind. Bei tuberculöser Pyonephrose sind die der Nephrostomie anhaftenden Nachteile noch größer als bei einfacher Pyonephrose; andererseits ist auch die gute Wirkung der Operation oft nur von kurzer Dauer, oder sie bleibt ganz aus. Die Nephrostomie kann bei Nierentuberculose nur eine notgedrungene Operation sein. Gerechtfertigt ist sie, wenn man nicht im Stande war, sich von dem Zustand der anderen Niere zu überzeugen, oder wenn andere Läsionen vorgeschrittener Tuberculose vorhanden sind; schließlich, wenn die localen Bedingungen die Nephrectomie zu ernst machen. Weder bei Tuberculose, noch bei einer anderen Erkrankung ist es gestattet, eine Niere zu entfernen, ohne sich zu vergewissern, daß die andere zum Leben hinreicht. Wenn bei einem Fall von Nierentuberculose der Zustand der Blase es nicht zuläßt, daß man sich von der Integrität der anderen Niere überzeugt, wenn das Vorhandensein einer Pyonephrose einen Eingriff notwendig macht, so ist nur die Nephrostomie am Platze. Wenu nach der Operation die andere Niere ordentlich functionirt, wird man die frühzeitige secundäre Nephrectomie anwenden. Ruft eine tuberculöse Pyonephrose heftige Schmerzen hervor oder verschlimmert die Eiterverhaltung den Allgemeinzustand des Patienten, der auch unheilbare tuberculöse Läsionen in anderen Organen aufweist, so scheint die Nephrectomie angezeigt. Da die Nephrostomie einer Menge von Indicationen entspricht, so kann man sie als eine der nützlichsten therapeutischen Errungenschaften, die von den Nierenchirurgen verwirklicht wurden, betrachten. Immerwahr (Berlin).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

Pharmaceutische Producte:

Protargol.

Ein neues

Silberpräparat

zur Behandlung der

Gonorrhoe und zur Wundbehandlung.

Hohe bactericide Eigenschaften bei absoluter Reizlosigkeit.

Vide Neisser, Dermatolog. Centralblatt I, 1897.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei: Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata, Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen, Operationswunden, scrophul. Geschwüren, Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric. pulv. a. p aequ., als 3—5% Salbe und als Collodium spec. für Schnittwunden.

Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen: Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis, Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans, venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme, Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz und in 5—10% Salbe.

CHINOSOL in Tabletten à 1 gr, ½ gr, ¼ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: **Wundbehandlung, geburtshülfliche Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden, für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,** ferner bei **Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.**

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., alleinige Chinosolfabrik.

Hamburg-U.

Practischer als Suspensorien erwiesen sich

Beiersdorf's elastische Pflaster-Suspensionsbinden

nach Angabe von Dr. Karl Gerson, Berlin,

gegen Epididymitis, Varicocele und Hodentumoren, **speciell prophylaktisch bei Gonorrhoe.** Als besondere Vorzüge den Suspensorien gegenüber führen wir folgende an:

1. **Höhere Suspension der Testikel.**
2. **Grössere Ruhigstellung derselben.**
3. **Gleichmässiger Druck auf den Testikel und seine Häute, welcher ersterer der höheren Anlegung entsprechend steigt.**
4. **Grössere Billigkeit, da zwei Binden, für je zwei bis drei Wochen ausreichend, 80 Pf., für Kassen 75 Pf. kosten.**

Gerson, Dermatol. Centralblatt, Heft IV, 1897.
Derselbe, Berl. klin. Wochenschr., No. 3, 1898, Vortrag, Lassar, Frank Discussion.
Friedländer, Dermatol. Zeitschrift, Bd. V, Heft 4.

In Berliner Krankenhäusern ständig gebraucht.

P. Beiersdorf & Co.,** Chemische Fabrik Pharmaceutischer Präparate, **Hamburg-Eimsbüttel.

Verlag von OSCAR COBLENTZ, Berlin W. 35.

Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten

von

Dr. R. Ledermann, Berlin.

Preis elegant gebunden **Mk. 3,—.**

Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation

von

Dr. Alfred Lanz,

Privatdocent an der Universität in Moskau.

Mit einer Lichtdrucktafel. Preis **Mk. 7,50.**

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infectiösen Krankheiten der Harnorgane

von

Dr. Thorkild Rovsing,

Priv.-Doc. f. Chirurgie an der Universität in Kopenhagen, Chirurg am Königin Louisen-Kinderhospital und an der chirurg. Klinik des roten Kreuzes.

Autorisirte Uebersetzung aus dem Dänischen. Preis **M. 7,—.**

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren

von

Dr. Leopold Casper,

Privat-Docent an der Universität Berlin.

Preis Mk. 1,80.

Ueber ein leichtes und einfaches Verfahren bei der Ausführung der Sectio hypogastrica.[1])

Von

Dr. **A. Suarez de Mendoza,**

Prof. für Krankheiten der Harnorgane an der medic. Facultät zu Madrid.

Die Sectio hypogastrica, eine bekanntlich von Franco herrührende Operation, hat sich nach langem Ruhen innerhalb dreier Jahrhunderte in der letzten Zeit, dank dem gegenwärtigen Emporblühen der Chirurgie, eine hervorragende Stelle in der operativen Behandlung der Affectionen der Harnblase im Allgemeinen und speciell der Steinkrankheit erworben. Bei der operativen Behandlung der Harnblasensteine kommt der Sectio hypogastrica nach der Meinung mehrerer Forscher sogar der erste Platz zu.

Selbst in England und in Frankreich, wo die geniale Operation von Civiale weiten und breiten Eingang in die Praxis gefunden hat, erwirbt die Sectio alta mit jedem Tage immer mehr und mehr Anhänger, da sie den Principien der modernen Chirurgie am nächsten steht. Was mich selbst betrifft, so zähle ich zu denjenigen, die der Meinung sind, daß die Zukunft der Sectio hypogastrica gehört, und hoffen, daß die Zeit nicht mehr fern liegt, wo dieselbe Prädilections-, für manche Fälle sogar ausschließliche Methode werden wird. Von diesem Standpunkt ausgehend, steckte ich mir zum Ziel, die der Sectio hypogastrica noch anhaftenden Mängel zu beseitigen und deren Technik möglichst zu vereinfachen, damit sie von einem jeden, auch weniger geübten Chirurgen, ausgeführt werden könnte. Die Resultate der von mir in dieser Richtung angestellten Untersuchungen beehre ich mich der Academie zur Begutachtung vorzulegen.

Die Sectio hypogastrica, sowie sie heutzutage unter Anwendung des Petersen'schen Ballons und unter vorangehender Ausdehnung der Blase ausgeführt wird, ist, wie es die tägliche Praxis lehrt, nicht frei von einigen Mängeln.

---

[1]) Vorgelegt der Académie de médecine de Paris in der Sitzung vom 23. August 1898.

Vor Allem vermag der Petersen'sche Ballon, wie es auch thatsächlich wiederholt der Fall gewesen ist, verschiedene Complicationen, von temporärer Insufficienz des Sphincters bis vollständiger Ruptur des Mastdarms, herbeizuführen. Außerdem ist die Ausdehnung der Harnblase bei Weitem nicht immer möglich, da die letztere in entzündetem Zustand, wie es allgemein bekannt ist, mehr oder minder renitent ist, und zwar derartig, daß Prof. Guyon sich veranlaßt sah, in einigen Fällen statt der Ausdehnung der Harnblase durch Wasser die Operation auf der Sonde auszuführen.

Ich übergehe die übrigen kleineren Unzulänglichkeiten der Sectio hypogastrica, wie sie gegenwärtig ausgeführt wird, da sie nur von untergeordneter Bedeutung sind, und wende mich zu den Grundsätzen der normalen Anatomie, auf denen meine Operationsmethode basirt.

Wenn sich der Patient in Trendelenburg'scher Lage unter einem Winkel von 45° befindet, so liegt der hintere Teil des Peritonealsackes hoch genug, um die Spitze einer in die leere Harnblase eingeführten und gegen den oberen Rand der Symphyse geschobenen Sonde unterhalb der serösen Falte erscheinen zu lassen. Eine bedeutende Anzahl von Untersuchungen an Leichen beiderlei Geschlechts, sowie 14 Interventionen an Lebenden haben mich von der absoluten Richtigkeit des erwähnten Verhältnisses überzeugt.

Zur Ausführung der Operation bedarf man folgender Instrumente: 1 Bistouri, 1 Hohlsonde, Pincetten, 1 Scheere, Nähmaterial mit gebogener Nadel und je einer speciellen Sonde für Kinder, Erwachsene und Greise für den Fall von Prostatahypertrophie[2]). Diese Sonde trägt an ihrem vesicalen massiven Ende einen Falz für das Bistouri und eine von der einen Seite zu der anderen quer durchlaufende Oeffnung, welche für die Nadel bestimmt ist. Unterhalb des massiven Teiles befindet sich eine zweite Oeffnung, durch die eine Ausspülung der Harnblase vorgenommen werden kann.

Sobald der Patient chloroformirt und den üblichen antiseptischen Maßregeln genügt ist, schreitet man zur Ausspülung der Harnblase mittelst der oben geschilderten Sonde und der üblichen antiseptischen Lösungen, wie Borsäure- oder Silbernitratlösungen, je nach den Indicationen des betreffenden Falles. Nachdem nun die Blase gründlich ausgespült und vollkommen entleert ist, übergiebt man die Sonde, ohne sie aus der Harnblase herauszuziehen, einem Assistenten und schreitet zur Operation: Man incidirt die Bauchwand in der üblichen Weise,

---

[2]) Die Firma Collin in Paris fertigt diese Instrumente nach meinen Angaben in ausgezeichneter Qualität an.

und nachdem man das prävesicale Fettzellgewebe mit den Fingern getrennt hat, läßt man die Sonde durch den Assistenten in der Richtung nach oben und vorwärts schieben, bis das obere Ende derselben, überkleidet mit der gespannten Harnblasenwand, oberhalb der Symphyse erscheint. Hierauf versieht man eine gebogene Nadel mit einem festen Seidenfaden, zieht dieselbe durch die Nadelöffnung der Sonde quer durch die Harnblasenwände, indem man in dieser Weise die kleine Pyramide durchquert, welche den durch die Sonde hervorgestülpten Teil der Harnblasenwand darstellt. Man spaltet nun die Harnblasenwand mittelst Bistouri an der Stelle, die der Spitze der Sonde anliegt, und läßt die Sonde in obiger Richtung weiterschieben, bis die Nadelöffnung der Sonde mit dem Seidenfaden in der Wunde der Harnblasenwand zum Vorschein kommt. Mittelst Pincette oder Zange werden aus dem Faden auf beiden Seiten der Nadelöffnung der Sonde je eine Oese gemacht, worauf der Faden durchschnitten wird; man bekommt auf diese Weise zwei Enden, von denen jedes die eine Lippe der Incisionswunde durchkreuzt und festhält. Die Incision wird so weit verlängert, wie es für die Intervention, deretwegen die Sectio hypogastrica vorgenommen wurde, nötig erscheint.

Im Uebrigen verfährt man nach den klassischen Regeln. Entweder macht man complete Naht der Harnblase und incomplete der Bauchwand mit Dauerdrainage nach der Methode von Albarran, oder man stellt suprapubische Drainage mittelst Guyon-Perrier'scher Röhre her, wenn die complete Naht contraindicirt ist; dem ersteren Verfahren gebe ich jedoch den Vorzug, wenn es nur ausgeführt werden kann.

Ich selbst habe diese Operation mit vollständigem Erfolg 14 Mal ausgeführt, und zwar in Fällen von Blasensteinen, von tuberculöser Cystitis, Blasengeschwülsten, von heftigem Prostatismus, und ich kann Sie versichern, daß dieselbe außerordentlich einfach ist, namentlich wenn keine Pericystitis besteht; aber auch in letzterem Falle vereinfacht die Sectio hypogastrica die Intervention in bedeutender Weise.

Die von Poncet empfohlene Cystostomie, die schon an und für sich eine leichte Operation darstellt, wird verblüffend leicht, wenn sie nach meiner Methode ausgeführt wird; auch ist die Verletzung der Gewebe hierbei ganz unbedeutend: so gelang mir beispielsweise in einem Falle, die ganze Operation mittelst eines Hautschnittes von nur 3 cm zum glücklichen Abschluß zu bringen.

Die Sicherheit und Leichtigkeit der Ausführung, die Entbehrlichkeit des Petersen'schen Ballons und Ausdehnung der Harnblase sind also die Vorzüge, welche mich veranlassen, mein Verfahren zu empfehlen.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. Hans Wullenweber: **Zur Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Kiel.** (Berl. klin. Wochenschr. 1898, No. 49.)

Ohne auf die ausführlichen statistischen Zusammenstellungen einzugehen, wollen wir nur darauf hinweisen, daß sich durch die ganze Arbeit des Verfassers wie ein roter Faden ein Vergleich zwischen den Schäden der controlirten und geheimen Prostitution zieht. Wie es eigentlich auch nicht anders zu erwarten war, fiel dieser Vergleich in jeder Beziehung zu Ungunsten der geheimen Prostitution aus. Bezüglich der Zahl der syphilitischen Erkrankungen bietet die controlirte Prostitution entschieden günstigere sanitäre Verhältnisse dar, als die geheime, nicht controlirte Prostitution. Ebenso ist die Intensität der Krankheiten bei der controlirten Prostitution geringer als bei der geheimen, also die Ansteckungsgefahr bei der geheimen stärker, als bei der controlirten Lubowski.

Hartmann: **Pseudohermaphrodite masculin.** (Le progrès méd. 1899, No. 2.)

Ein als Frau angesehenes Individuum hatte eine 5 cm lange, blind endigende Scheide. In der Meinung, daß es sich um eine imperforirte Vagina

handele, wurde die Laparotomie gemacht; die Operation zeigte, daß Pat. weder Uterus noch Ovarien hatte, aber man fand dicht an den Inguinalringen zwei kleine Hoden. Immerwahr (Berlin).

Englisch: **Ueber die Bedeutung der angeborenen Verengerungen der Harnwege.** (Wiener medicin. Wochenschrift 1898, No. 50—52.)

Hindernisse, welche in einem Defecte oder gänzlichen Verschlusse der Harnwege bestehen und zu einer Lücke oder wenigstens durch Platzen der Organe zu Fisteln führen, sind bekannt und sollen nicht Gegenstand der Betrachtung sein, sondern jene anscheinend geringfügigen Hindernisse, die dennoch für das Leben des Kranken von großer Bedeutung sind.

Diese Hindernisse sind vorübergehende oder bleibende. Zu ersteren gehören die vorübergehenden embryonalen Verklebungen an den Harnleitern, dem Blasenhalse, im Verlaufe der Harnröhre, an der Einmündung des Sinus pocularis, der Cowper'schen Drüsen, an der Vorhaut, die Windungen und Knickungen der Harnleiter, welche sich später ausgleichen. Diese Hindernisse treten frühzeitig (schon Ende des fünften Monats des Embryo) auf, treffen zarte, nicht widerstandsfähige Organe und bestehen vorzüglich in Erweiterung der über dem Hindernisse liegenden Harnorgane mit weiteren Veränderungen der Nieren. Ihre Wirkung äußert sich vorzüglich in Absonderungsveränderungen, meist in Form der chronischen Pyelitis, des Diabetes insipidus. Die Schleimhaut nimmt meist das Aussehen einer serösen Membran an. Die Erscheinungen entsprechen den obigen Erkrankungen, der Enuresis, der chronischen Harnverhaltung. Durch die Veränderung der Wände der Organe ist die Disposition zur Infection gegeben.

Die dauernden Hindernisse sind Klappen und Stenosen. Jene finden sich: am Uebergange des Nierenbeckens in den Harnleiter, im Harnleiter selbst, an dessen Einmündung in die Blase, am Blasenhalse, in der Harnröhre, an der äußeren Harnröhrenmündung. Die dadurch bedingten Störungen hängen von der Größe und Richtung der Klappen ab. Je mehr die Lichtung der Harnwege eingenommen wird, um so weitergehender sind die Störungen. Ist der freie Rand der Klappe nach außen gerichtet, so ist das Hindernis für den Harn ein geringeres, als umgekehrt. In der Harnröhre zeigt sich beim Einführen der Instrumente im zweiten Falle ein bedeutenderes Hindernis.

Die Stenosen finden sich an allen Oeffnungen, im Verlaufe der Harnleiter und der Harnröhre. Sie finden sich an gleichen Stellen wie die Klappen.

Die Wirkung der bleibenden Hindernisse ist an denen der Harnleiter vorzüglich die der Stauung, also der Harnabsonderung, der Harnröhre die der Harnausscheidung, an der Blase die der Stauung und Harnausscheidung. In allen Fällen kommt es in den oberhalb des Hindernisses liegenden Teilen später zu entzündlichen Vorgängen. Je stärker diese Hindernisse sind, um

so frühzeitiger und heftiger werden die Erscheinungen vortreten, um so nachteiliger werden dieselben für das Individuum sein.

Geringe Grade von Klappen und Stenosen werden leicht übersehen und in ihren Erscheinungen bei späterer Steigerung häufig für andere Krankheiten gehalten, und doch haben sie eine nicht geringere Wichtigkeit als die höheren Grade, denn: 1. bedingt der Harn an der Enge eine Reizung, welche zur Vergrößerung des Hindernisses und zur Bildung anderer krankhafter Veränderungen führt; 2. als angeboren bedingen sie Aenderungen in der Zusammensetzung der Organe und ihrer Verrichtungen. Das Uebersehen dieser Hindernisse ist um so leichter, je normaler die übrigen Harn- und Geschlechtsorgane gebildet sind.

Den Uebergang bilden die Verengerungen der Harnröhre bei Hypospadie in verschiedener Entfernung von der eigentlichen äußeren Harnröhrenöffnung. Das Bild dieser Gruppe ist folgendes: Erschwertes Harnlassen seit Kindheit, Steigerung der Beschwerden bei häufigerem Harndrang, schmerzhaftes Harnlassen, Steigerung der Erscheinungen vorzüglich zur Zeit der Pubertät und nach derselben und zur Zeit des häufigeren Beischlafes; Schwellung der Harnröhre mit Ausfluß ohne Infection, die leichter wäre, als unter normalen Verhältnissen; Intermissionen der letzten Erscheinungen; Cavernitis urethrae, Periurethritis und Fistelbildung. Letztere Erscheinungen treten zwischen dem 20.—30. Lebensjahre auf. Das Bild kann als ein pathognomonisches bezeichnet werden. Verf. konnte vier Fälle dieser Art beobachten.

Die Verengerungen der Harnröhre (fünf eigene Beobachtungen) sind entweder allein oder in Verbindung mit Phimose.

Sitz und Größe des Hindernisses stimmen in Bezug auf ihre Folgen mit den früher angegebenen Hindernissen überein, sowohl was die Harnabsonderung, als auch die Harnausscheidung betrifft. Dabei sei bemerkt, daß, wenn das Hindernis auch noch so gering ist, es nie ohne Einfluß bleibt.

Die Erscheinungen sind: Verzögerung der Harnentleerung an dem Hindernisse mit oder ohne Schmerz in Folge des Verlustes der Elasticität der Wand an dieser Stelle; der Harnstrahl ist dünn und der Bogen kurz und das um so mehr, je weiter das Hindernis in der Harnröhre sitzt; Reizung an einigen Stellen mit Entstehung oder Vermehrung der Empfindlichkeit daselbst; Ausbreitung des Reizes hinter der Enge nach oben, aber auch nach außen; die Wirkung des Reizes ist an den Oeffnungen die der Epithelwucherung und Umwandlung des Epitheliums in Epidermis (Leukoplasie) oder Wucherung des Bindegewebes; Verbindung beider Organveränderungen und Ausbreitung auf die tieferen Teile; Zunahme der Leukoplasie bei Behandlung der Verengerung durch Dehnung; durch die Bindegewebswucherung Steigerung des Hindernisses; Granulationsbildung der Schleimhaut der Harnröhre mit leichter Verletzlichkeit derselben; Ausbreitung der Entzündung auf die ganze Wand der Harnröhre; Uebergreifen auf das Zellgewebe der Umgebung (Periurethritis) mit ihren Folgen bis zur Fistelbildung mit oder

ohne Erweiterung der Harnröhre hinter dem Hindernisse; Erweiterung dieser Teile und Verlust der Elasticität der Wände derselben; Stauung des Harnes in denselben und Nachträufeln (bei Kindern leicht für Enuresis nocturna gehalten); Erweiterung der Teile bis in die Blase mit Lähmung des Blasenschließmuskels, so daß nach der Operation eine Incontinentia vera besteht; Steigerung der Erscheinungen zur Zeit der Pubertät und mit dem Geschlechtsgenusse; Urethritis, Periurethritis, Fistelbildung; Empfänglichkeit für Infectionen vermehrt.

Functionelle Störungen: Erschwertes Harnlassen seit Kindheit oder erst zur Zeit der Pubertät; Auftreten von Schmerz beim Harnlassen, Harnverhaltung, Harnträufeln.

Die Diagnose wird in Berücksichtigung der angegebenen Umstände nicht schwer sein und durch eine vorsichtige, streng aseptische Untersuchung ihre Bestätigung erhalten. Bezüglich der Differentialdiagnose müssen jene Störungen der Harnentleerung, wie sie bei Diabetes mellitus, bei beginnenden Rückenmarksleiden oder Spondylitis auftreten, in Erwägung gezogen werden.

Die vorübergehenden, angeborenen Hindernisse gehen entweder von selbst zurück oder werden durch Einführen der Instrumente beseitigt. Phimose wird in der bekannten Weise behandelt und nachträglich immer auf ein bestehendes, weiter hinten gelegenes Hindernis untersucht. Das Einlegen eines Verweilkatheters ist nur bei schweren Phimosenoperationen und gesunden Individuen angezeigt. Der Katheter sei immer so gewählt, daß jede Zerrung der Harnröhrenwand vermieden wird. Die Reinigung der Harnröhre neben dem Verweilkatheter sei eine sorgsame.

Hindernisse an der äußeren Harnröhrenöffnung sollen, da das Einführen von Stiften meist eine Verschlimmerung des Zustandes zur Folge hat, immer durch Spaltung und Annähen der Schleimhaut an die äußere Haut behandelt werden. Tiefer gelegene Verengerungen werden nach eigenen Erfahrungen am besten der temporären Erweiterung unterzogen. Die permanente Erweiterung, welche entschieden schneller geht, muß mit der größten Vorsicht, nur langsamer Steigerung der Dicke der Instrumente, nach sorgsamerer Reinigung der Harnröhre vorgenommen und sollte nur bei gesunden, kräftigen Individuen in Anwendung gebracht werden.

In allen Fällen ist ein fortgesetztes Einführen der Instrumente für lange Zeit nötig.

Die Lähmung der Blase mit chronischer Harnverhaltung erfordert die tägliche Entleerung der Blase mit Boreinspritzungen bis zur normalen Zusammenziehungsfähigkeit der Blase.

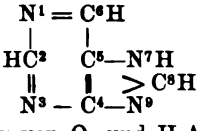
Folgen Krankengeschichten: 2 Hypospadien mit Strictur, 4 Phimosen mit Strictur, 4 angeborene Stricturen.

Autoreferat.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Dr. Georg Salomon u. Dr. Martin Krüger (Berlin): **Die Alloxurbasen des Harns und ihre physiologische Bedeutung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1899, No. 6.)

Die Verff. berichten zusammenfassend über eine 1894—1898 von ihnen in großem Maßstabe durchgeführte Untersuchung der im menschlichen Harn vorkommenden Alloxurbasen, deren Resultate sie im Einzelnen in einigen Abhandlungen in der Zeitschrift für physiologische Chemie bereits mitgeteilt haben. Als Ausgangspunkt dienten 10000 l menschlichen Urins, die unter geeigneten Vorsichtsmaßregeln in großen Ballons gesammelt und in einer chemischen Fabrik mit Silberlösung ausgefällt wurden. Hieraus wurden etwa 100 g an Alloxurbasen gewonnen. Die Verff. haben im Ganzen sieben Alloxurbasen aus dem Harn dargestellt und durch Elementaranalyse identificirt, nämlich Hypoxanthin, Xanthin, Adenin, Heteroxanthin, Paraxanthin, 1-Methylxanthin, 7-Methylguanin. Zum Verständnis dieser Bezeichnungen erinnern die Verff. daran, daß Emil Fischer vor 15 Jahren als Muttersubstanz der ganzen Gruppe einen von ihm „Purin“ genannten Körper erkannt hat, dessen Darstellung ihm kürzlich gelungen ist. Das Purin hat einen 9gliedrigen Kern, bestehend aus 5 C- und 4 N-Atomen; dreien dieser C-Atome und einem N-Atom ist im Purin ein H angelagert; die verschiedenen Atome des Kerns bezeichnet Fischer mit den Zahlen 1—9; das Purin ist danach durch die Constitutionsformel



dargestellt. Durch Einführung von O- und H-Atomen, von OH-, NH_2- und CH_3-Gruppen entstehen aus dem Purin eine große Reihe von Körpern, unter denen sich sämtliche natürlich vorkommende Alloxurbasen des Tier- und Pflanzenreichs, sowie auch die Harnsäure befinden. Ist nun im Purin an Stelle 6 ein O eingetreten, so entsteht 6—Oxypurin (Hypoxanthin), entsprechend ist Xanthin als 2—6-Dioxypurin zu bezeichnen, Harnsäure als Trioxypurin. Adenin ist 6-Aminopurin, Guanin ist 2-Amino—6-Oxypurin. Durch Eintritt einer Methylgruppe in die Xanthinmolekel entstehen 3 isomere Körper, 1-Methylxanthin, 3-Methylxanthin, 7-Methylxanthin (Heteroxanthin); Paraxanthin ist 1—7-Dimethylxanthin etc. Von den 7 gefundenen Körpern sind Hypoxanthin, Xanthin und Adenin Nucleinbasen; die anderen sind Methylverbindungen (Homologen) des Xanthins und Guanins, diese letzteren können nicht als Reste des Zerfalls von Körper- oder Nahrungsnuclein betrachtet werden; daher betrachten die Verff. quantitative Gesamtbestimmungen der Harnalloxurbasen ohne eingehendere Berücksichtigung ihres

Ursprungs bisher als für die Lehre vom Stoffwechsel wertlos. Die Verff. fanden 22,1 g Nucleinbasen gegenüber 72,3 Homologen. Das Heteroxanthin und das Paraxanthin des Harns stammen nach neueren Feststellungen aus dem Theobromin und Caffein der so verbreiteten Genußmittel Kaffee, Thee, Cacao, vielleicht enthalten auch die pflanzlichen Nährstoffe oder das Fleisch geringe Menge von Caffein oder Theobromin. Für die Zukunft ist vor Allem der Einfluß der Thee- und Kaffeeabstinenz auf die Alloxurbasen des Harns zu bestimmen. Die geringen Ausscheidungsmengen der Alloxurbasen dürfen nicht als Maßstab ihrer Bedeutung im tierischen Haushalt betrachtet werden; für die Nucleinbasen ist dies anerkannt; was die Homologen anlangt, so wird in Folge ihrer Zersetzlichkeit nur ein kleiner Teil von ihnen durch den Harn ausgeschieden, die übrigen circuliren im Körper; sie sind aber nicht gleichgiltig für den Organismus, Paraxanthin z. B. kann sogar bei Hunden tötliche Vergiftungen herbeiführen. Rachford fand bei Personen, die an gastrischen Krisen, schweren Migränen und eigentümlichen Krampfzuständen litten, während der Anfallszeiten verhältnismäßig große Mengen Paraxanthin im Harn, die bei normalem Befinden fehlten. Es handelt sich dabei vielleicht um Autointoxication mit Paraxanthin und verwandten Basen.

R. L.

Fletcher: **Green-coloured Urine.** (The British Medical Journal, 3. December 1898.)

Verf. beschreibt zwei ziemlich gleichartige Fälle von grün gefärbtem Harn. In dem einen Falle handelte es sich um den Harn eines 12jährigen Mädchens. Derselbe war sauer und enthielt eine große Quantität von Indican. Beim Filtriren des Harns erhielt man blau pigmentirte Granula; beim Stehen bildete sich auf dem Boden des mit Harn gefüllten Gefäßes ein Niederschlag von grünlich-blauen harnsauren Krystallen. Zunächst schien hier der seltene Fall von Indigo im sauren Harn vorzuliegen; die spectroskopische Untersuchung ergab jedoch, daß hier nicht Indigo, sondern Methylenblau vorlag. Dasselbe Verhalten zeigte auch der zweite Fall. Durch weitere Untersuchungen überzeugte sich Verf., daß das im Harn enthaltene Methylenblau sich hinsichtlich des Spectrums und der chemischen Reactionen von einer gewöhnlichen wässerigen Lösung dieses Farbstoffes bedeutend unterscheidet.

Li.

Dr. Wilson Parry: **Death from Diabetes Mellitus in which that Disease gave no Premonitory Symptoms.** (The Lancet, 10. November 1898.)

Der Titel giebt so ziemlich den Inhalt der vorliegenden Mitteilung wieder. Es handelt sich um eine 68jährige Frau, die plötzlich bewußtlos zusammenbrach und vom Verf. nach einer geraumen Zeit (er wohnte fünf engl. Meilen weit von dem Gute der Patientin) moribund vorgefunden wurde. Die Untersuchung des Harnes ergab hohen Zuckergehalt bei nur geringen Spuren von Eiweiß. Durch Befragen der Umgebung konnte Verf. feststellen,

daß sich der Diabetes mellitus durch gar keine Erscheinungen geäußert hatte, und daß dem plötzlichen Zusammenbrechen der Patientin keine Vorboten vorangegangen waren. M. L.

Dr. Alois Velich (Prag): **Ueber den experimentellen Diabetes.** (Wiener klin. Rundschau 1898, No. 51 u. 52.)

Verf. thut an der Hand der gesamten Litteratur des experimentellen Diabetes dar, daß der nach Pancreasexstirpation eintretende Diabetes wirklich nur durch Elimination des Pancreas aus dem Organismus und nicht durch Verwundung der Nerven bedingt ist. Dadurch wird die Richtigkeit der Hypothese von dem gegenseitigen Zusammenhang zwischen den Pancreasaffectionen und einigen Diabetesfällen nachgewiesen. Desgleichen wird bewiesen, daß neben anderen Diabesformen ohne Zweifel auch ein pancreatischer Diabetes existirt, nämlich derjenige Diabetes, der nach Aufhören gewisser Functionen entsteht, welche blos das normale Pancreas zu besorgen vermag. Was nun die Frage betrifft, was für Functionen das sind, so scheint es nach Minkowski und Hedon sicher zu sein, daß die Aufgabe des Pancreas nicht nur in der Secretion des Pancreassaftes in den Darm, sondern auch in der inneren Secretion eines oder mehrerer Stoffe bestehe, welche entweder durch die Venen oder die lymphatischen Gefäße in das Blut gelangen und dadurch das Auftreten der diabetischen Symptome verhindern. Nach totaler Pancreasexstirpation fehlen diese Stoffe im Organismus, und deshalb entsteht der Diabetes. In der weiteren Erklärung der Ursachen der pancreatischen Diabetes, speciell in der Erklärung der Wirkung der durch die innere Pancreassecretion ausgeschiedenen Substanzen herrschen bisher derartig auseinandergehende Anschauungen, daß es unmöglich ist, sich bezüglich dieser Frage ein einheitliches und sicheres Bild zu construiren.

Lubowski.

Dr. Zebrowski: **Beitrag zur Casuistik der chirurgischen Complicationen bei Diabetes mellitus.** (Gazeta lekarska 1898, No. 49.)

Verf. beschreibt drei Fälle, in denen sich im Verlauf von Diabetes mellitus schwere chirurgische Complicationen eingestellt haben, und die es in hohem Maße veranschaulichen, daß bei Diabetikern auch geringfügige Verletzungen einen schlimmen Verlauf nehmen können. In dem ersten Fall handelte es sich um einen 43jähr., seit fünf Jahren an Diabetes leidenden Gärtner, der von einem Hunde gebissen wurde, und zwar in die Rückenfläche des linken Zeigefingers Die Wunde war äußerst geringfügig. Trotzdem schwoll am nächsten Tage die Hand stark an und die Wunde wurde äußerst schmerzhaft. Doppelincision und Verband. Dennoch nahmen Geschwulst und Schmerz immer zu und waren nach drei Tagen derart, daß der Kranke sich in's Krankenhaus begeben mußte, wo in Chloroformnarcose weitere zwei Incisionen gemacht wurden. Einige Tage später war der ganze Vorderarm geschwollen und schmerzhaft sowohl bei Bewegung, wie

auch bei Berührung, so daß eine neue Incision gemacht werden mußte. Der Patient wurde auf strenge Diabetes-Diät gesetzt und verblieb im Krankenhause ca. vier Monate: eine so lange Zeit war erforderlich, bis die an sich geringfügigen Wunden abheilten. Der Patient hatte im Harn 3—4 pCt. Zucker.

In dem zweiten Fall handelte es sich dagegen um Diabetes mellitus, der als Complication im Anschluß an einen operativen Eingriff aufgetreten war. Bei dem betreffenden 65jährigen Patienten wurde der Wurmfortsatz exstirpirt. Die Operation ging glatt von statten, ebenso war der postoperative Verlauf befriedigend. Ungefähr zwei Wochen nach der Operation wurde nun der früher sowohl in physikalischer wie auch in chemischer Beziehung vollständig normale Harn trübe und stark zuckerhaltig (3 pCt.). Bei entsprechender Behandlung besserte sich der Zustand des Patienten bedeutend.

Der dritte Fall betrifft einen 14jähr., aus gesunder Familie stammenden, an hochgradigem Diabetes leidenden Knaben, bei dem sich plötzlich Schmerzen im rechten Ohr und einige Wochen darauf Eiterfluß aus demselben eingestellt haben. Im weiteren Verlauf entstand auf dem rechten Processus mastoideus ein hühnereigroßer Abscess. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus zeigte der Patient hochgradige Abmagerung und Zeichen von beginnendem diabetischen Coma. Von einer Operation wurde wegen des moribunden Zustandes des Patienten Abstand genommen. Bei der Section wurden außer geringfügiger Hyperämie der Hirnhäute und Lebervergrößerung keine Veränderungen gefunden. Lubowski.

Duchoureau: **Le diabète sucré et son traitement hydrologique.** (Le progrès médical 1899, No. 1.)

Verf. unterscheidet 4 Gruppen von Diabetesformen: 1. den constitutionellen oder arthritischen Diabetes; 2. den accidentellen und passageren Diabetes, welcher von manchen Autoren der hepatische oder der der Fettleibigen genannt wird; 3. den nervösen Diabetes; 4. den bösartigen, progressiven, von Manchen der Diabetes der Mageren oder pancreatischer Diabetes genannt. Die Behandlung mit Mineralwasserkuren giebt sehr gute Resultate bei den ersten beiden Formen des Diabetes; eine vorsichtige Kaltwasserbehandlung kann beim nervösen Diabetes von Nutzen sein; für den schweren pancreatischen Diabetes ist die Wirkung der Mineralwässer nicht ausreichend. Verf. giebt des Weiteren interessante Einzelheiten über die verschiedenen Mineralquellen, welche für Diabetiker heilsam sind, und ist der Meinung, daß Frankreich die vollständigsten und zahlreichsten Varietäten derselben besäße. Immerwahr (Berlin).

Dr. Terray (Budapest): **Die Principien der diätetischen Behandlung des Diabetes mellitus.** (Pester med.-chirurgische Presse 1899, No. 1—3.)

Die heutigen Grundprincipien der diätetischen Behandlung sind auf Grund fast 100 Jahre alter Erfahrungen, in neuerer Zeit auf Grund der auf

die Aetiologie des Diabetes bezüglichen Experimente, sowie gründlicher Studien des Stoffwechsels der Diabetiker und klinischer Beobachtungen aufgestellt und im Großen und Ganzen als festgestellt zu betrachten, so daß man dem Practiker mit Bezug auf die meisten Fragen eine, wenn auch nicht vollkommen erschöpfende, so doch verläßliche Antwort zu geben vermag. Auf Grund dieser vervollkommneten Erkenntnisse lassen sich folgende Grundsätze feststellen:

1. Es ist nicht nötig, sogar nicht ratsam, bei jedem Diabetiker für immer die Kohlehydrate aus der Kost zu bannen und zu verbieten, sondern blos für eine bestimmte Zeit. Man muß vielmehr individualisiren, weil das Vermögen des Organismus, die Kohlehydrate zu zersetzen, die Toleranz gegen Kohlehydrate je nach dem Individuum und je nach dem Grade der Krankheit verschieden ist, weil sie im Laufe der Krankheit wechselt, bald sich bessert, bald sich verschlimmert und nicht für jede Zuckerart eine gleichmäßige Abnahme zeigt.

2. Die sogenannte strenge und strengste Diät — die animale Diät — ist für längere Zeit nicht zu empfehlen und auch nicht durchführbar; ausschließlich durch sie ist das Nahrungsbedürfnis der Kranken nicht zu decken, weil Niemand längere Zeit so viel Fleisch, als zur ausschließlichen Erhaltung des Organismus notwendig wäre, zu genießen vermag. Die reine Fleischdiät wird darum nur selten verordnet und auch dann nur für kurze Zeit, für einige Tage, höchstens Wochen. Trotzdem ist die strenge und strengste Diät von großer Bedeutung, weil durch dieselbe die glykolytische Function des Organismus, welche ohnehin abgenommen hat, geschont wird. Heute ist es die aus Eiweißkörpern und Fett bestehende Kost, welche das Ideal der Diät des Zuckerkranken bildet. Das Fett ist das wichtigste Ernährungsmittel des Zuckerkranken, weil es das einzige ist, aus welchem im Organismus kein Zucker gebildet wird. Dazu kommt, daß das Fett ein sehr combinirtes Nahrungsmittel ist und bei der Verbrennung doppelt so viel Wärme (Calorien) liefert, als Eiweiß und Kohlehydrate. Die täglich zu verbrauchende Fettmenge kann je nach der Form des Diabetes 120, 150, 200 bis 250 g und sogar noch mehr, 300 bis 400 g, betragen. Das Fett kann animalen oder pflanzlichen Ursprungs sein; der Kranke kann es in Form von Eigelb, fettem Fleisch, fettem Schinken, fetten Fischen, Majonnaise, Knochenmark, Butter, Schweinefett, Gänsefett, Speck, süßem oder saurem Rahm, fettem Käse, Oliven-, Sesamöl u. s. w. genießen. Die Hauptsache ist, daß das Fett immer frisch sei. Die Bedeutung der Fleisch-Fettdiät ist am größten bei der schweren Form des Diabetes. Während es jedoch hier ratsam ist, die Menge des Fleisches eher herabzusetzen, soll man die Fettmengen, so weit es geht, steigern und hier noch strenger darauf sehen, daß der Kranke das täglich vorgeschriebene Quantum thatsächlich verzehre. Die Schwierigkeiten der richtigen Ernährung sind bei dieser Form die größten, und man wird nur selten in der Lage sein, den Eiweißverlust zu vermeiden; man muß also, wenn die Kräfte des Kranken abnehmen, vorsichtig eine gewisse Menge Kohlehydrate, haupt-

sächlich Brot, gestatten, um so mehr, als die Kranken sich der Gefahr der Inanition aussetzen, wenn sie aus Ekel vor Fett wenig essen. Es giebt Kranke, die die strenge Diät gut vertragen, und es tritt manchmal auch bei den schweren Formen eine Besserung ein, es wächst insbesondere die Toleranz für Kohlehydrate. In solchen Fällen kann man für einige Zeit ein täglich größeres Quantum Kohlehydrate, Gemüse, Brot, Milch, eventuell Obst, gestatten.

3. Wann ist die vollkommene Entziehung der Kohlehydrate am Platze, wann deren Verringerung? Wie soll die Entziehung geschehen, rasch oder langsam? Es ist in Betracht zu ziehen, daß die Kohlehydrate eine große Abwechselung in den Küchenzettel bringen, daß sie ausgezeichnete Fettträger, Eiweißsparer sind, daß sie der Kost das zum Sättigungsgefühl nötige Volumen geben, endlich, daß der Mensch gewohnt ist, einen guten Teil seines Nahrungsbedürfnisses mit Kohlehydraten, mit pflanzlichen Nahrungsmitteln zu decken. Daher entsagt man denselben nicht gern, wenn dies nicht unbedingt notwendig ist. Die Hauptsache ist, daß man auch in dieser Beziehung nicht schablonenhaft vorgeht, sondern die Verordnungen dem einzelnen Fall anpaßt, das Individuum, die Eigenheiten der Fälle berücksichtigend, individualisirt Bezüglich der zweiten Frage hat die Erfahrung gelehrt, daß der schroffe Uebergang zur antidiabetischen Kur in vielen Fällen schädlich ist; es ist zweckmäßiger, die Entziehung, je nach Bedarf, allmählich durchzuführen und so die Grenze zu finden, welche im gegebenen Fall den Umständen entspricht.

4. Außer der Qualität muß auch die Quantität der Nahrung, und zwar nicht nur die der Kohlehydrate und Fette, sondern auch die erlaubte Tagesmenge des Eiweißes, bestimmt werden. Im Allgemeinen gilt der Satz, daß ein ca. 70 kg schwerer, erwachsener, mittelschwere Arbeit verrichtender Diabetiker einer Nahrung bedarf, die pro Tag auf je 1 kg Körpergewicht brauchbaren Stoff im Werte von 40—50 Calorien enthält.

5. In der Nahrung des Gesunden spielen die Kohlehydrate eine große Rolle, bei Diabetikern dagegen besitzen sie als bloße Genußmittel eine untergeordnete Bedeutung. Ein je größerer Teil den Körper unausgesetzt verläßt, desto weniger kommen sie für den Organismus in Betracht, um so mehr, als auch ihre Verdauung und Resorption Arbeit in Anspruch nimmt. Es ist demzufolge unbedingt notwendig, vor Bestimmung der Diät festzustellen, um wieviel im gegebenen Falle der mit dem Harn abgehende Zucker den Calorienwert der Nahrung vermindert, denn es ist blos auf dieser Basis möglich, den in dieser Weise zu Stande gekommenen Energieverlust zu ersetzen. Es folgt hieraus auch, daß, je größer die Glykosurie, in desto größerem Maße der Patient neben den Kohlehydraten auch weiterer Nährstoffe und Energiequellen, namentlich Eiweiß, Fett und Alkohol bedarf.

6. Die Diabetiker verhalten sich den verschiedenen Zuckerarten gegenüber nicht in gleicher Weise; am wenigsten verwertet werden die rechtsdrehenden Traubenzucker, Rohrzucker und Maltose, besser ver-

wertet werden Lävulose, Lactose und Inulin, also die linksdrehenden Zuckerarten.

7. Kohlehydrate sind den Diabetikern unter gewissen Umständen nachteilig, besonders sind große Quantitäten in schweren Fällen schädlich, da sie die Toleranz vermindern. Andererseits weisen die Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen entschieden darauf hin, daß in der Ernährung der Diabetiker die Kohlehydrate als Eiweißsparer nicht entbehrt werden können, wenigstens auf längere Zeit nicht.

8. Der Arzt hat die Aufgabe, nicht blos die Diät vorzuschreiben, sondern auch die Durchführung zu controliren. Eine wichtige Ergänzung dieser Controle ist Wägung des Körpergewichts, die mit Einhaltung der nötigen Cautelen, womöglich 1—2mal wöchentlich vorgenommen werden soll. Das Verhalten des Körpergewichts giebt dem Arzt eine sehr verläßliche Richtschnur, nach welcher er entweder das eingeschlagene Verfahren beibehalten, oder es je nach Umständen modificiren oder ganz verändern wird. Die Toleranz gegen Kohlehydrate muß öfter, im Mittel $^1/_4$jährlich neu bestimmt werden. Es muß darauf geachtet werden, daß der Patient die bestimmten Zeitpunkte der Mahlzeiten genau einhalte, da er sonst die vorgeschriebene Nahrungsmenge nicht consumirt. Die Zahl der Mahlzeiten betrage 5—6mal täglich, die an gewisse Stunden gebunden vorgeschrieben werden.

9. In den schweren und schwersten Fällen muss der Harn oft auf Eiweiß, Aceton, Acetessigsäure und womöglich auch auf β-Oxybuttersäure untersucht werden, da, falls Aceton- und Acetessigsäure-Reaction immer ausgeprägter werden oder gar β-Oxybuttersäure in größerer Menge auftritt, dies ein warnendes Zeichen für die Gefahr des Ausbruches von Coma diabeticum ist, das oft durch Aenderung der Diät vermieden werden kann.

10. Zwischen den einzelnen Formen des Diabetes mellitus giebt es Uebergänge, die einzelnen Formen selbst zeigen graduelle Verschiedenheiten, besonders die leichteren Fälle sind sehr variabel, oft kann man an ein- und demselben Patienten individuelle Schwankungen beobachten; so ist die Toleranz gegen Kohlehydrate nicht immer gleich, sondern in unberechenbarer Weise nach oben und unten schwankend, wenn auch der Patient nicht behandelt wird. Solche spontane, ohne ärztlichen Eingriff erfolgende Besserungen kommen hauptsächlich bei fetten und zu Gicht disponirten Diabetikern zur Beobachtung. Die schweren und schwersten Fälle sind viel häufiger bei der niederen Volksklasse, während der größte Teil der wohlhabenden Diabetiker zur leichten Form gehört. Der Grund hiervon liegt nach Naunyn darin, daß bei Unbemittelten das erste Stadium der Krankheit oft übersehen wird, so daß bei ihnen die Entwicklung der schweren Form oft vorkommt, auch muß der Uebergang bei ihnen rascher und sicherer stattfinden, da ihre Nahrung hauptsächlich aus Kohlehydraten besteht und so sehr geeignet ist, das Leiden zu verschlimmern und zu erschweren.

11. Die sonstigen, die diätetische Behandlung unterstützenden Verfahren

sind: eine den Kräften des Kranken angemessene Muskelarbeit, Trinkkuren, Aufenthalt in klimatischen Kurorten, Pflege der Haut, Bäder. Unter den Complicationen kommen hauptsächlich Verfettung, Gicht, Nierenentzündung und Lungentuberculose in Betracht; diese Krankheiten modificiren einigermaßen die diätetische Behandlung.

12. Hat man es mit einem Individuum zu thun, in dessen Familie öfter Diabetes beobachtet wurde, so ist die prophylactische Behandlung am Platze. Es ist zweckmäßig, solche Individuen fortwährend zu beobachten, ihren Harn von Zeit zu Zeit nach Darreichung großer Dosen Traubenzuckers zu untersuchen, um das Leiden, falls es thatsächlich ausgebrochen ist, rechtzeitig zu entdecken. Auch ist es empfehlenswert, namentlich bei fetten Personen, Zucker, Süßigkeiten, Mehlspeisen, süßen Wein, Champagner zu verbieten und den Biergenuß einzuschränken. Energischen Abmagerungskuren dürfen solche verfettete Kranke nicht unterzogen werden.

13. Unter den Nahrungsmitteln ist blos das Fett bedingungslos und in uneingeschränkter Quantität gestattet. Was die Gemüse betrifft, so sind unter denselben hauptsächlich die Krautsorten, die grünen Gemüse, Salate, der Spargel, Artischoken, Gurken, Sellerie, Rettige, Spinat, Meerrettig, Paradeis, Erdäpfel, selbstverständlich in eingeschränkter Quantität gestattet. Bei der Bereitung der Gemüse ist darauf zu achten, daß dieselben fein verkleinert, Stunden lang mit Salzwasser gekocht, gut ausgedrückt, nochmals gut ausgepreßt werden. Eier sind in jeder Form gestattet. Unter den Käsesorten enthalten die sog. überfetten Oberskäsearten am meisten Fett, solche sind der Neuchateller, Gervais, Stilton, Stracchino. Fleisch ist in jeder Form gestattet, sowohl das Muskelfleisch, als auch die Eingeweide; eine Ausnahme bildet die glykogen- und zuckerreiche Leber, welche verboten ist. Die panirten Fleische sind ebenfalls untersagt. Was die Milch betrifft, so giebt es Zuckerkranke, welche im Stande sind, den Milchzucker zu verwerten; in solchen Fällen sind Milchkuren am Platze, und ergänzen sie sehr vorteilhaft die aus Fleisch und Fett bestehende Hauptkost; man kann dann täglich 1, 2 bis 3 l Milch geben. Milchkuren sind beim leichten Diabetes älterer und jüngerer Individuen angezeigt, weniger bei mittelschweren und schweren Formen. Die Butter steht vermöge ihres hohen Fettgehalts — 80—85 pCt. — in sehr hohem Ansehen; ihr geringer Milchzuckergehalt (0,5 pCt.) kommt kaum in Betracht. Das tägliche Brot entbehren die Zuckerkranken am schwersten. Von den sog. Brotsurrogaten sind am meisten zu empfehlen das Grahambrot, das Lühdorf'sche Fleischbrot, das Mandelbrot und das Aleuronatbrot. Die Meinung, daß geröstetes Brot besser sei als gewöhnliches, ist ein Irrtum: das geröstete Brot enthält zwar weniger Wasser, jedoch mehr Kohlehydrate (Amylum, Dextrin, Zucker) als das gewöhnliche Brot. Unter den Obstsorten sind Mandeln und Nüsse arm an Kohlehydraten und reich an Fett. Aepfel und Birnen enthalten ca. 10 pCt. Trauben und ca. 25 pCt. Zucker. Was endlich die erlaubten Getränke anbelangt, so ist zunächst

zu bemerken, daß man für Zuckerkranke nicht mit viel Gewürzen kochen darf, ohnehin leiden sie viel an Durst. Der Zuckerkranke kann gewöhnliches Wasser, Thee oder irgend ein kohlensäurehaltiges Mineralwasser trinken. Der Zuckerkranke bedarf des Alkohols, derselbe erleichtert ihm den Genuß großer Quantitäten Fett, hebt die Nerven- und Herzthätigkeit und sein Calorienwert ist hoch. Der an schwerem Diabetes Leidende ist noch am meisten auf den Alkohol angewiesen; ihm kann man täglich 80 g Alkohol, und wenn er daran gewöhnt ist, auch mehr gestatten, während der Kranke in leichten Fällen mit 30—50 g, in mittelschweren Fällen mit 50—60 g vorlieb nehmen soll. Unter den Biersorten sind die leichten, wie z. B. das Pilsener oder die nach Art des Pilsener bereiteten Biere, sowie auch das Lagerbier wegen ihres geringen Gehalts an Kohlehydraten (4—5 pCt.) in mäßiger Quantität gestattet. Lubowski.

Dr. Manges: **Heroin bei Diabetes mellitus.** (The New York Medical Journal, 26. November 1898.)

In der betreffenden Arbeit, die, worauf wir sofort hinweisen zu müssen glauben, einen anderen Titel trägt und einen ganz anderen Gegenstand behandelt, giebt Verf. der Meinung Ausdruck, daß vom Heroin theoretisch eine günstige Wirkung bei Diabetes mellitus zu erwarten wäre. Versuche liegen sowohl von Seiten des Verfassers, wie auch, soweit uns bekannt ist, von Seiten anderer Autoren noch nicht vor.

Als die beste Darreichungsform des Heroins empfiehlt Verf. Tabletten mit 0,005 und 0,01 Heroin. Dasselbe (Diacetessigsäure-ester des Morphin) löst sich im Wasser nach Zusatz einiger Tropfen Essigsäure sehr leicht. Li.

Dr. Bond: **Remarks upon the Value of Uranium Nitrate in the Control of Glycosuria.** (The Practitioner, Septbr. 1898.)

In weiterer Verfolgung der von West gemachten Versuche, Diabetes mellitus mit Uraniumnitrat zu behandeln, hat Verf. dieses Mittel an neun Patienten erprobt und in Uebereinstimmung mit West gefunden, das dasselbe den Durst des Diabetikers mildert und die Menge, sowie den Zuckergehalt des Harns bedeutend herabsetzt. Besonders hervorragende Wirkung entfaltete das Mittel in Fällen, in denen es sich um bloße Glycosurie handelte; hier verschwand der Zucker aus dem Harn nach mehr oder minder längerer Behandlungsdauer vollständig. Das Uraniumnitrat soll nach Verf. in allmählich steigenden Dosen gegeben werden, und zwar anfangend von 0,2 g zweimal täglich (in ca. 30,0 g Wasser nach den Mahlzeiten) bis 2,0 g, wenn erforderlich; denn auch in dieser Dosis verursacht das Mittel keine unangenehmen Nebenwirkungen. Li.

Dr. Max Arndt: **Ueber alimentäre Glycosurie bei einigen Neuropsychosen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1898, No. 49.)

Verf. hat im Ganzen 96 Fälle von verschiedenen Neuropsychosen untersucht. Es befanden sich darunter 31 Fälle von Hysterie, von denen nur 2

in Bezug auf das Auftreten von alimentärer Glycosurie ein positives Resultat ergeben haben; ferner 7 Fälle von Hypochondrie mit durchweg negativem Resultat, 21 Fälle von Melancholie (5mal positives Resultat), 7 Fälle von Stupor (1 positiver Fall), 6 Fälle von Manie (1 positiver Fall), 13 Fälle von Epilepsie mit durchweg negativem Resultat und 11 Fälle von traumatischen Neuropsychosen, von denen 4 ein positives Resultat ergeben haben. Aus diesen Zahlen, die den von Strauss für den M. Basedowii gewonnenen außerordentlich nahe stehen, ergiebt es sich vor Allem, daß den traumatischen Neurosen hinsichtlich des Phänomens der alimentären Glycosurie unter den functionellen Nervenkrankheiten eine Sonderstellung zukommt. Was nun die Beziehungen der alimentären Glycosurie zu gewissen neurogenen oder psychogenen Zuständen betrifft, so geht aus den Beobachtungen des Verfassers nur so viel hervor, daß weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiete zunächst die Aufgabe gestellt ist, eine möglichst große Zahl reiner, einwandsfreier und gleichzeitig schwerer Fälle von Neurasthenie in den Kreis der Betrachtung zu ziehen. M. L.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. Bjelogolowy: **Ein Fall von gonorrhoischer Endocarditis.** (Wratsch 1899, No. 2.)

Der Patient wurde in das Krankenhaus mit Geschwulst des rechten Hodens, Herzklopfen und allgemeiner Schwäche aufgenommen. Die Geschwulst wurde bald als gonorrhoische Epididymitis erkannt und zur Heilung gebracht. Am Herzen wurden gleich bei der Aufnahme zwei starke Geräusche und Vergrößerung der Dämpfung wahrgenommen. Außerdem bestanden Schmerzen in der linken Brustseite und ziemlich hohes Fieber. Der Patient gab an, niemals an Rheumatismus erkrankt gewesen zu sein, vor einem Jahre harten Schanker und vor $1^1/_2$ Monaten Gonorrhoe acquirirt zu haben. Wegen letzterer hatte der Patient erst dann ärztliche Hilfe aufgesucht, als er die Hodengeschwulst bemerkt hatte. Die Erscheinungen von Seiten des Herzens sollen sich, wie Patient ausdrücklich hervorhebt, circa zwei Wochen vor der Hodengeschwulst eingestellt haben. Die objective Untersuchung ergab Entzündung der Aortenklappen und der Bicuspidalis. Nach einigen Tagen verhältnismäßigen Wohlbefindens stellte sich bei dem Patienten heftiger Schüttelfrost ein, dem profuser Schweiß folgte. Schüttelfrost und Schweißausbruch wiederholten sich in der folgenden Zeit mehrmals täglich, es gesellte sich Diarrhöe hinzu, und nach einigen Tagen starb der Patient unter Erscheinungen von Herzlähmung. Bereits zu Lebzeiten des Patienten ergab die mikroskopische Untersuchung des Blutes das Vorhandensein von Diplokokken in demselben, die sowohl morphologisch,

wie auch durch ihr Verhalten den Farbstoffen gegenüber mit den Neisserschen Gonokokken vollkommen identisch waren. Dieselben Mikroorganismen fanden sich in den Präparaten, welche aus den Wucherungen des Endocards angefertigt worden waren. Die Diagnose gonorrhoische Endocarditis wurde somit bestätigt.

Aus der Betrachtung des mitgeteilten Falles, sowie aus der gesamten einschlägigen Litteratur zieht nun Verf. folgende Schlüsse:

1. Der Gonococcus vermag ebenso wie die anderen pyogenen Bacterien die alleinige Ursache einer schweren allgemeinen Gonokokkenpyämie zu sein, deren klinischer Verlauf an den der gewöhnlichen Pyämie vollkommen erinnert.

2. In den Blutkreislauf gelangend, vermag der Gonococcus eine ulceröse Endocarditis mit dem klinischen Bilde einer malignen Endocarditis hervorzubringen.

3. Im Verlaufe von Gonorrhoe kann es zu einer gonorrhoischen Endocarditis kommen, ohne daß eine gonorrhoische Affection der Gelenke oder irgend eine andere gonorrhoische Complication vorangegangen war.

4. Eine sichere Diagnose läßt sich in Anbetracht der vorkommenden Mischinfectionen nur auf Grund bacteriologischer Untersuchung stellen, und die Vornahme einer solchen ist umsomehr erwünscht, als die Frage der Mischinfectionen bei Gonorrhoe noch wenig aufgeklärt ist. Lubowski.

Dr. Wall (Petersburg): **Samenfluss als Complication der gonorrhoischen Urethritis.** (Wratsch 1899, No. 3.)

Nach einem Hinweis, daß die Gonorrhoe, namentlich die chronische, in der Aetiologie des Samenflusses eine große Rolle spielt, und nach besonderer Hervorhebung der Thatsache, daß Samenfluß nach scharfen Einspritzungen entstehen kann, beschreibt Wall einen von ihm beobachteten Fall von Samenfluß als directe Folge von chronischer Urethritis, der um so beachtenswerter ist, als in der Litteratur über derartige Vorkommnisse noch nichts verlautet. Derselbe betrifft einen 19jährigen jungen Mann, der zum ersten Mal Gonorrhoe acquirirt hatte und bei dem die einige Wochen darauf vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Harns zahlreiche Samenfäden ergab; letztere bildeten mehrere Tage den Hauptbestandteil des Niederschlags der zweiten Harnportion und waren immer noch nachzuweisen, selbst als die Eiterzellen und Gonokokken bereits verschwunden waren. Der Samenfluß blieb aus, sobald die Gonorrhoe vollständig geheilt war, jedoch vollkommen unabhängig von den Protargolinjectionen, mit denen die Gonorrhoe behandelt wurde, die viel früher ausgesetzt wurden. Eine Complication von Seiten der Samenblasen war nicht aufgetreten. Wenn man bei diesem Patienten selbst eine Prädisposition zum Samenfluß voraussetzt, so ist es doch immerhin nicht zu verkennen, daß die Gonorrhoe die veranlassende Ursache gewesen ist, und so glaubt Verf., die Untersuchung des Harnniederschlags in jedem Fall von Gonorrhoe auf Samenfäden empfehlen zu können, um so mehr, als die von ihm seit seiner ersten Beobachtung in mehreren anderen Fällen angestellten Unter-

suchungen in Bezug auf das Vorhandensein von Samenfäden ein positives Resultat ergeben haben. Bei seinen Untersuchungen verwendete W. die von Auerbach vorgeschlagene Methode der Samenfärbung.

Lubowski.

Prof. Victor Immerwol (Jassy): **Ueber Urethritis gonorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechts.** (Archiv für Kinderheilkunde 1898, Bd. 25, Heft 5 und 6.)

Die Frage des Vorkommens von Urethritis gonorrhoica bei kleinen Knaben, die noch vor kurzer Zeit Gegenstand häufiger Debatte war, dürfte wohl jetzt als in positivem Sinne gelöst betrachtet werden. Einen nicht unbedeutenden Anteil an der Lösung dieser Frage hat Verf., der in einer Anzahl von Fällen von Urethritis bei kleinen Knaben genaue anamnestische Nachforschungen und bacteriologische Untersuchungen angestellt und den gonorrhoischen Ursprung der Erkrankungen mit absoluter Sicherheit dargethan hat. An der Hand seiner Beobachtungen giebt nun Verf. folgendes Bild von der Urethritis gonorrhoica der kleinen Knaben, die zwar im Großen und Ganzen der Urethritis der Erwachsenen ähnlich ist, in manchen Punkten aber besondere Erwähnung verdient. Anamnestisch konnte das Bestehen von Prodromalsymptomen und die Dauer der Incubation nicht festgestellt werden. Die Initialsymptome der Urethritis waren verschieden, je nachdem die Patienten ein intactes oder ein circumcisirtes Präputium hatten. Bei Kindern mit circumcisirtem Präputium beginnt die Gonorrhoe wie bei Erwachsenen: Schmerzen beim Uriniren und Secretion. Bei den meisten Knaben mit intactem Präputium findet man zu Beginn die Symptome einer Balanitis: entzündliche Schwellung des Präputiums, eitrige Secretion aus der Präputialöffnung und Schmerzen beim Harnlassen. Die Schmerzen beim Harnlassen sind bei einigen Kindern — besonders zu Beginn der Erkrankung — sehr bedeutend, so daß die kleinen Patienten lange vor jedesmaligem Uriniren weinen und schreien; sie sind in vielen Fällen das erste Symptom, welches die Aufmerksamkeit der Eltern auf die Erkrankung lenkt. Nach Abklingen der acuten Entzündungserscheinungen lassen auch die Schmerzen in ihrer Intensität nach. Schmerzhafte Erectionen hat Verf. bei keinem der Patienten beobachtet. Enuresis nocturna ist ein häufig vorkommendes Symptom im Verlauf der acuten Blennorrhoe der kleinen Knaben. Die Ursache der Enuresis mag darin zu suchen sein, daß die kleinen Patienten im Schlafe die reflectorisch von der entzündeten, hyperästhetischen Schleimhaut der Urethra profunda ausgelöste Contraction des Detrusor vesicae nicht durch eine entsprechende willkürliche Contraction des Sphincter beherrschen können. Der Ausfluß ist immer eitrig und mehr oder weniger reichlich. Die Diagnose der Urethritis gonorrhoica ist sehr leicht, und es genügt, von der Möglichkeit des Vorkommens derselben auch bei ganz kleinen Knaben unterrichtet zu sein, um nicht fehl zu gehen und nicht andere ätiologische Momente, die Urethritis jedenfalls viel seltener verursachen, zu incriminiren. Die große Mehrzahl der Urethritiden sind bei kleinen Knaben,

gerade so wie die der Erwachsenen, durch eine gonorrhoische Infection verursacht; die anderen Causalmomente, die man mit der Urethritis in ätiologischen Zusammenhang bringt, als traumatische Einflüsse, Masturbation, Uebergehen einer Balanitis oder von Ekzemeiter auf die Harnröhre, ein an Uraten reicher Harn, Blasen- oder Nierenerkrankungen geben viel seltener Anlaß dazu. Diese Meinung wird dadurch bestätigt, daß im eitrigen Urethralausfluß auch bei kleinen Knaben fast immer Gonokokken gefunden werden. Die Urethritis gonorrhoica unterscheidet sich von der Urethritis nicht gonorrhoischer Natur durch ihren Verlauf, da die nicht gonorrhoische Urethritis eine kurze Dauer hat, nie chronisch wird und nach Aufhören der sie erzeugenden Ursache von selbst oder nach einigen adstringirenden Injectionen verschwindet, während die Gonorrhoe der Harnröhre, selbst bei richtiger Behandlung, mindestens drei Wochen zu ihrer Heilung benötigt. Die Entzündung des Meatus urinarius und der Fossa navicularis unterscheidet sich von der Gonorrhoe durch den Mangel der Secretion. Bei dieser Affection ist das Orificium externum erodirt und verklebt, die Schmerzen beim Uriniren entstehen durch die Behinderung des Urinstrahles durch das verklebte Orificium externum und Reizung der Fossa navicularis, und nur in einigen Fällen kann man aus der vorderen Harnröhre einen Tropfen Eiter ausdrücken. Gegen die Verwechselung mit einem chronischen Tripper schützt die Abwesenheit des acuten Stadiums und einer vorhergehenden stärkeren Secretion. — Complicationen. Balanoposthitis ist eine häufige Complication bei Knaben. Epididymitis und Entzündung der Tunica vaginalitis treten bei kleinen Knaben in demselben Verhältnis auf, wie sie bei Erwachsenen vorkommen. Prostatitis und Cystitis hat Verf. bei keinem seiner Patienten beobachtet. Dagegen hat Moncorvo einen Fall und Rosza zwei Fälle von Cystitis, darunter einen mit Hämaturie, als Complication der Gonorrhoe beobachtet. Rheumatismus oder andere viscerale Complicationen hat Verf. keine beobachtet, und sind solche auch von Anderen nicht angegeben worden. Die Dauer der Gonorrhoe bei Knaben ist etwas kürzer, als bei Erwachsenen, da in 3—4 Wochen bei richtiger Behandlung Heilung eintreten kann. Wird die Gonorrhoe nicht oder mangelhaft behandelt, so kann sie in chronischen Zustand übergehen. Eine Complication mit Epididymitis verlängert die Erkrankungsdauer. Die Prognose der Urethralgonorrhoe ist quoad restitutionem ad integrum der Urethra in den meisten Fällen eine günstige; das ist jedoch nicht immer der Fall, da sie auch in chronischen Zustand übergehen und folglich die Ursache von Stricturen abgeben kann. Jedenfalls ist die Gonorrhoe bei Knaben keine leichte Erkrankung, da die Patienten oft Schmerzen haben und abmagern können; sie ist ein viel schwereres Uebel, als die Urethritis catarrhalis, die nach Beseitigung der sie erzeugenden Ursache und einigen adstringirenden Injectionen heilen kann.

Die Therapie der Gonorrhoe ist dieselbe wie bei Erwachsenen. Die hygienisch-diätetischen Maßregeln sind streng einzuhalten, Bettruhe ist angezeigt, da die Erkrankung leichter verläuft; in jedem Fall sollen heftige Bewegungen, als Laufen und Springen, unterbleiben. Im Fall die Kinder

nicht das Bett hüten, soll ein Suspensorium getragen werden. Leichte Diät mit Vermeidung von schwer verdaulichen, gewürzten Speisen und Alcoholicis ist bis zur definitiven Heilung einzuhalten. Die der Urethralgonorrhoe vorangehende Balanitis wird durch kalte Umschläge antiseptischer Lösungen (Sublimat 0,1 : 300,4proc. Borsäure) und Ausspülung des Präputialsackes behandelt. Gegen die Schmerzen zu Beginn der Erkrankung: warme Sitzbäder, Decoctum seminis lini, Uva-ursi-Thee, alkalische Getränke, Bromnatrium. Haben die Schmerzen nachgelassen, so kommen die Balsamica: Oleum Santali und Balsamum Copaïvae (2—3mal täglich 5—10 Tropfen) an die Reihe, die bis zum Schluß der Erkrankung gereicht werden, falls sie keine Magenbeschwerden erzeugen. Balsamum Copaïvae wird als Emulsion leichter genommen (Rp. Bals. Copaïvae, Sir. Tolu āā 15, Aq. Naphae, Aq. Menthae āā 30,0, Gummi arabici q s. ad emulsionem, D. S. 3—7 Kaffeelöffel täglich). Ist die Acme der Entzündung vorüber, was gewöhnlich im Verlauf der zweiten Woche stattfindet, so wird die locale Behandlung mit Injectionen begonnen. Verf. hat in den meisten Fällen zuerst einen oder zwei Tage mit Sublimat (0,01 : 70,0) injicirt und nach hermit Kaliumhypermanganicum-Lösung in steigender Concentration (0,1 : 300 bis 0,3 : 300) fortgesetzt und war mit dem Erfolg sehr zufrieden. Die Injectionen werden zweimal täglich gemacht und einige Minuten in der Urethra zurückgehalten. Zu den Injectionen benötigt man — im Falle einer Urethritis anterior — eine 5—10 g fassende Spritze mit einem dünnen, abgerundeten Ansatzstück, welches in's Orificium externum leicht eingeführt werden kann; die conischen Ansatzstücke der gewöhnlichen Trippersprützen sind für die kindliche Urethra oft zu dick. Da die Einspritzungen oft schmerzhaft sind, so ist es angezeigt, vor der medicamentösen Injection die Urethra mit einer 1proc. Cocainlösung zu anästhesiren. Die Injectionen müssen nicht nur bis zum gänzlichen Sistiren der Secretion gemacht werden, sondern so lange noch Fäden im Harn vorhanden sind und dieselben noch Gonokokken und Eiterzellen enthalten. In einigen Fällen hat Verf. mit Erfolg eine Airol-Glycerinemulsion (Rp. Airoli 2, Glycerini 15, Aq. destillatae 5,0, Cocaini mur. 0,2) angewendet und gefunden, daß dieselbe die Urethra weniger reizt. Hat die Gonorrhoe auch den hinteren Teil der Harnröhre ergriffen, so benötigt man eine größere Spritze und injicirt unter größerem Druck, um die Resistenz des Compressor urethrae zu überwinden, 40—50 g Injectionsflüsssigkeit in die Blase, wodurch auch die Urethra posterior mit der Flüssigkeit in Berührung kommt. Diese Injectionen beginnt man mit einer Injectionsflüssigkeit schwächerer Concentration und steigert letztere allmählich. Sie können auch nach der Janet'schen Methode mit einem Irrigator, der eine specielle Canüle hat, oder mit einem Katheter, den man bis hinter den Compressor urethrae einführt, gemacht werden. Stellt sich eine Epididymitis ein, so werden die Injectionen sistirt, und man applicirt Eis, Ung. cinereum, 10proc. Ichthyol- und 2proc. Guajacol-Vaseline. Die chronische Gonorrhoe wird mit Injectionen, Bougies oder Instillationen mit Silbernitrat (1 : 50—1 : 20) nach der Guyon'schen Methode behandelt.

In prophylactischer Beziehung kommen vor Allem strenge Ueberwachung der Kinder und möglichste Reinlichkeit der an Gonorrhoe leidenden Erwachsenen in Betracht. Lubowski.

Nolen: **Gonorrhoe bei jungen Mädchen.** (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1898, No. 4. Ref. im Centralbl. f. Gynäkologie 1898, No. 36.)

In seiner Klinik sah Verf. neun Fälle von Gonorrhoe bei Kindern endemisch auftreten in Folge Waschens mit einem Schwamm. Es braucht also nicht immer in erster Linie an Stuprum bei Gonorrhoe des Kindes gedacht zu werden. Verf. schildert das Krankheitsbild in seinen verschiedenen Aeußerungen. So bestand in allen Fällen Vulvovaginitis, in vier Fällen allgemeines Unwohlsein mit Temperaturerhöhung (bis 39,8); in zwei ein fleckiges Exanthem wie bei Morbilli; in allen Fällen war die Urethra afficirt, Harnentleerung nie schmerzhaft; in zwei Fällen bestanden Complicationen mit Arthritis, einmal periarticuläre Abscesse (Gonokokken nachgewiesen im Eiter); zweimal trat Peritonitis auf Nach fünf Monaten konnten bei allen Kindern Gonokokken trotz Therapie noch nachgewiesen werden. Die Therapie steht also dem Leiden noch ziemlich machtlos gegenüber, und die Prophylaxe kann den größten Nutzen bringen. Wo die Krankheit chronisch bestehen kann, braucht bei gonorrhoischen Affectionen der Frau nicht immer der Mann dieselbe inficirt zu haben; die Krankheit kann seit der Kindheit chronisch bestanden haben. Immerwahr (Berlin).

Prof. Friedrich Schauta (Wien): **Gonorrhoe und Schwangerschaft.** (Allgem. Wiener med. Zeitung 1898, No. 2.)

Verf benutzt die Gelegenheit eines Falles von gonorrhoischer Affection des unteren Teiles des Genitalcanals bei einem 19jährigen, zum ersten Mal schwangeren Mädchen, um die Wechselbeziehungen zwischen Gonorrhoe und Schwangerschaft eingehend zu besprechen. Zum besseren Verständnis der nächstfolgenden Ausführungen sei sogleich darauf hingewiesen, daß bei der betreffenden Patientin Conception und erster geschlechtlicher Verkehr zeitlich zusammenfallen, und daß bei derselben hauptsächlich eine gonorrhoische Bartholinitis bestand. Wenn eine Frau gonorrhoisch inficirt wird, so kriechen die Gonokokken aus der Vagina hinauf in den Cervicalcanal und die Gonorrhoe befällt sehr bald auch die Uterushöhle; eine solche Frau concipirt in der Regel nicht; im Beginn der Infection ist dies allerdings möglich, doch kommen dann meist Fehlgeburten zu Stande; später, in Folge der endometritischen Veränderungen, findet eine Conception überhaupt nicht statt. Es entstehen die bekannten entzündlichen Adnextumoren-Krankheiten. Auch wenn Infection und Conception gleichzeitig stattgefunden haben, liegt dieses Verhältnis bei der Frau nicht viel günstiger: die gonorrhoisch inficirte Decidua ist zur Schwangerschaft nur sehr wenig geeignet und es kommt

dann sehr bald zur Ausstoßung des Eies. Ist aber wie im vorliegenden Fall die Schleimhaut des Uterus noch nicht inficirt und findet nun die Infection gleichzeitig mit der Conception statt, so wird der Uterus sehr bald durch die Schwangerschaft dem Eindringen der Gonokokken verschlossen; denn nach Verwachsen der Decidua vera und Decidua reflexa giebt es überhaupt keine Uterushöhle mehr. Die Erkrankung ergreift nur den unteren Teil des Genitalcanals und bleibt bis zur Entbindung auf diesen beschränkt. Dann aber geht die Erkrankung sofort weiter und ergreift oft schon im Puerperium die Tuben, so daß bald Endometritis und Salpingitis auftritt; es kommen sehr bald im Wochenbett Erkrankungen vor, die auch auf das Peritoneum weiter greifen können und unter den Erscheinungen des Puerperalfiebers Peritonitis erzeugen. Es entsteht nun die Frage, kann man diesen Proceß im Fortschreiten aufhalten? Die Beantwortung dieser Frage hängt davon ab, ob Gonokokken im Secret des Cervicalcanals vorhanden sind, was man durch mikroskopische Untersuchung und eventuell durch Züchtung auf Gelatine zu bestimmen suchen muß. Findet man sie nicht, so ist die Prognose verhältnismäßig günstig, und man ist im Stande, den Proceß bis zur Geburt zum Verschwinden zu bringen, indem man entweder die Drüsen spaltet oder sie ganz entfernt. Diese Operation ist aber für den Stand der Schwangerschaft nicht ganz ungefährlich. Man kann nämlich ohne Nachteil für die Schwangerschaft Myome entfernen, selbst an der Portio operiren und diese sogar amputiren, Tumoren an der Vagina exstirpiren, ohne nachteiligen Einfluß auf die Schwangerschaft, sowie man aber an die Vulva kommt und operirt, werden dadurch Wehen ausgelöst und es kommt zur frühzeitigen Ausstoßung der Frucht. Man muß also in einem solchen Fall den Zeitpunkt so wählen, daß man einerseits den Proceß noch bis zur Geburt zum Verschwinden bringen kann, jedoch andererseits wieder die Frühgeburt nicht zu früh eingeleitet wird. Deshalb ist es notwendig, das normale Schwangerschaftsende sehr genau zu berechnen. Wenn man aber im Cervicalcanal Gonokokken findet, ist die Prognose des Falles sehr schlecht; denn dann kommt es nach Ausstoßung der Frucht zur Infection des Uterus, es kommt zu entzündlichen Erkrankungen (Endometritis, Salpingitis), welche auch auf das Bauchfell übergreifen können. M. L.

Frankenthal: **Die Gonorrhoe der Blase.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 2.)

Die Gonorrhoe der Blase muß von der gonorrhoischen Urethritis getrennt werden. Fieber kann auch bei einfacher Urethritis bestehen, auch kann, falls dieselbe schon in ein chronisches Stadium getreten ist, eine Exacerbation zur Zeit der Periode nach übertriebenem Geschlechtsgenuß und dergl. mehr mit erneuten heftigen Beschwerden statthaben. Stricturen der Urethra können sich im chronischen Stadium ausbilden. Die Cystitis ist bei Kindern meist vorübergehend, und bei Erwachsenen ist die chronische gonorrhoische Cystitis nur von sehr geringen Beschwerden begleitet. Im

acutesten Stadium ist von jeder localen Behandlung abzusehen, sondern nur Sitzbäder, reizlose Diät und reichlich Flüssigkeit zu verordnen. Extract. Hyoscyami lindert am besten die Beschwerden. Im chronischen Stadium treten auch Blasenblutungen auf, gegen welche Ergotin zu reichen ist. Die Urethralbuchten sind bei hartnäckigen Fällen zu ätzen oder galvanocaustisch zu behandeln, dabei muß die Blase stets gefüllt sein.

Immerwahr (Berlin).

Ravogli (Cincinnati): **A Few Practical Points in the Treatment of Posterior Urethritis.** (Medical Record, 5. November 1898.)

Verf. recapitulirt die Grundzüge der Behandlung der Urethritis posterior und stellt folgende Thesen auf:

1. Irrigationen nach Janet vermögen in frischen Fällen von Gonorrhoe der Entwicklung von Urethritis posterior vorzubeugen.

2. Mittelst Irrigationen mit Kalium hypermanganicum und nachfolgenden Protargolinjectionen können nichtcomplicirte Fälle von subacuter Urethritis posterior in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Heilung gebracht werden.

3. In vernachlässigten Fällen von Urethritis posterior, wo es bereits zu Infiltration der Submucosa gekommen ist, lassen sich sehr gute Resultate durch Anwendung von Sonden mit Ichthyolsalbe erzielen. Li.

Harrison (London): **Die Behandlung der vorgeschrittenen Formen von Urethralstricturen mittelst combinirter interner und externer Urethrotomie.** (The Lancet, 11. Juni 1898.)

Bei sehr festen („Verbrennungsnarben ähnlichen"), oder resilienten, oder bei sehr ausgedehnten Stricturen, oder bei Complication der letzteren mit Fisteln oder gewundenen Gängen nach dem Perineum oder Scrotum hat sich dem Verf. eine Combination der Urethrotomia interna und externa als sehr günstig erwiesen — ein Verfahren, durch das die bei solchen Zuständen sonst übliche Urethrotomia externa wesentlich vereinfacht und viel wirkungsvoller gestaltet wird. Die Methode besteht darin, daß zuerst die Urethrotomia interna ausgeführt wird. Alsdann schiebt man eine starke, mit einer Rinne versehene Sonde bis in die Blase vor, bringt den Kranken in Steinschnittlage und incidirt vom Perineum aus in der Medianlinie längs der Rinne die Urethra. Dann wird von dieser Wunde aus ein Drainagerohr in die Blase eingeführt und eine Auswaschung mittelst Sublimatlösung (1 : 6000) vorgenommen. Etwa vorhandene Fisteln werden vorher noch geöffnet und ausgekratzt. Das Drainagerohr wird etwa am sechsten Tage entfernt, worauf die Wunde sich bald schließt. Die Heilung ist stets eine permanente. Loewenthal.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. Sherwell (New-York): **Chancre of the Middle Finger.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, Juli 1898.)

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Initialsclerose am Mittelfinger der rechten Hand bei einem Arzte. Dem Schanker folgte in kurzer Zeit ein maculöses Syphilid. Diese Beobachtung veranlaßte den Verf., darüber nachzuforschen, wie häufig der Mittelfinger der Sitz eines syphilitischen Primäraffectes ist; er fand nun, daß der Mittelfinger in dieser Beziehung dem Zeigefinger gleichgestellt werden kann. Lubowski.

Dr. Rosenquist (Moskau): **Beitrag zur Statistik der extragenitalen Syphilisinfection.** (Wratschebnija sapiski, 15. December 1898.)

Daß die extragenitale Acquisition der Syphilis möglich ist, ist, wie an dieser Stelle bereits mehrfach dargethan wurde, durch zahlreiche, von ersten Autoritäten mitgeteilte und über jeden Zweifel erhabene Fälle als erwiesen zu betrachten. Daß aber die extragenitale Syphilisinfection nicht nur in Form seltener Einzelfälle, sondern auch als Massenerkrankung auftritt, beweist eine statistische Zusammenstellung des Verf.'s. Von 9150 Personen weiblichen Geschlechts (Erwachsene und Kinder), welche in den Jahren 1893 bis 1897 das Ambulatorium des Mjasnitzki-Krankenhauses zu Moskau besucht haben, waren 5186 oder 56,6 pCt. syphilitisch erkrankt. Unter den syphilitischen Personen befanden sich 354 oder 6,8 pCt. extragenitale Syphilisinfectionen. Als Eingangspforte der extragenitalen Syphilisinfectionen dienten am häufigsten die Mandeln (179 Fälle oder 50,6 pCt.), dann die Lippen (80 Fälle bezw. 22,6 pCt.), die Brustdrüsen (77 Fälle oder 21,8 pCt.), die Augenlider (5 Fälle oder 1,5 pCt.), die Zunge (3 Fälle oder 0,8 pCt.) und schließlich in je einem Falle die Nase, das Kinn, der Hals, der Vorderarm, der Finger, das Abdomen, der Unterschenkel, der Anus, der Damm und der Steiß. In den 354 Fällen der extragenitalen Syphilisinfection wurden 439 primäre Sclerosen constatirt, bei einer und derselben Person jedoch nicht mehr als 3 Sclerosen. Unter 15 Jahren waren in der Gesamtzahl 71 Personen vorhanden Mehr als die Hälfte der Frauen standen im Alter von 15—30 Jahren. Ihrer Abstammung nach verteilen sich die 354 Frauen mit extragenitaler Syphilisinfection folgendermaßen: 298 waren Bäuerinnen, 35 waren Bürger-Töchter resp. -Frauen, 11 waren Soldatenfrauen, 7 adliger Abstammung; schließlich befanden sich unter den Kranken je eine Tochter eines Kirchendieners, eines Beamten und eines Heilgehilfen. Es entfallen also 97,1 pCt. der Gesamtzahl der extragenitalen

Syphilisinfectionen auf Angehörige der niederen Volksklassen. Etwas mehr als die Hälfte, und zwar 178 Personen, waren Angehörige der arbeitenden Klasse: Dienstmädchen, Handwerkerinnen, Fabrikarbeiterinnen und Tagelöhnerinnen. Die Frauen dieser Klasse erkrankten am häufigsten in ihrem besten Arbeitsalter: 144 acquirirten die Syphilis im Alter von 14—54 Jahren. Unter den häuslichen Dienstboten erkrankten am meisten die Köchinnen, von den Handwerkerinnen die Schneiderinnen, von den Fabrikarbeiterinnen die Cigarettenarbeiterinnen, von den Tagelöhnerinnen die Waschfrauen. Die Quelle der Infection ließ sich in den weitaus meisten Fällen mit Bestimmtheit nicht feststellen. Mit größter Wahrscheinlichkeit konnten als Ursache angenommen werden: das Zusammenleben mit Syphilitikern und gewisse professionelle Gewohnheiten. Von den Frauen, bei denen obige Erklärung angängig war, waren 136 Frauen, Mütter, Kinder oder andere miteinanderwohnende Verwandte von Handwerkern, die in engen, meist aus einem Zimmer bestehenden Wohnungen wohnten und ihre Krankheit auf die Hausgenossen in Folge dessen unvermeidlich übertragen mußten.

Lubowski.

Dr. Leon Gruder (Wien): **Ein Fall von initialer und postinitialer Sclerose an den Augenlidern.** (Wiener klinische Wochenschrift 1898, No. 41.)

Die 27jähr. Patientin ist seit vier Monaten Amme eines syphilitischen Kindes und selbst inficirt. Neben den sonstigen Syphiliserscheinungen bietet die Patientin die seltene Erscheinung von gleichzeitiger Sclerose der beiden Lider des rechten Auges. Die Affection entstand zuerst am oberen Lide und ging nach einiger Zeit auf das untere Lid über. In der Literatur sind bis jetzt im Ganzen acht Fälle von doppeltem Primäraffect der Augenlider verzeichnet: der Fall des Verf.'s wäre somit der neunte. Li.

Dr. Mohr (Budapest): **Ein primäres syphilitisches Geschwür des Augenlides.** (Pester med.-chirurg. Presse 1898, No. 52.)

Es handelt sich um einen 35jährigen Patienten mit einem Geschwür am rechten Oberlide, das als primäre Sclerose diagnosticirt wurde und sich im Verlauf der Behandlung als solche auch herausstellte. Die secundären Erscheinungen haben nämlich nicht lange auf sich warten lassen, und nach drei Tagen Schmierkur und Anwendung grauen Pflasters schwanden sowohl die localen als auch die allgemeinen Erscheinungen. Besonderes Interesse verleiht dem Fall die vorgelegene Möglichkeit eines diagnostischen Irrtums. Das Leiden setzte nämlich wie ein Gerstenkorn ein, und so drängt sich die Frage auf, ob es sich nicht thatsächlich um ein Gerstenkorn handelte und ob nicht erst dieses syphilitisch inficirt wurde. Das frühzeitige Auftreten der secundären Erscheinungen spricht aber gegen diese Annahme; wahrscheinlicher ist es, daß das gerstenkornförmige Gebilde der Ausdruck einer schon mehrere Wochen vorher stattgehabten syphilitischen Infection war.

M. L.

Dr. Leopold Glück (Sarajewo): **Zur Statistik der erworbenen Syphilis bei Kindern und jugendlichen Personen.** (Wiener med. Wochenschr. 1898, No. 49.)

Ohne auf die statistischen Zusammenstellungen des Verf.'s, die sich auf Bosnien beziehen und folglich mehr locales Interesse haben, einzugehen, wollen wir aus der vorliegenden Arbeit nur einige allgemeine interessante Gesichtspunkte hervorheben. Die erworbene Syphilis bei Kindern und jugendlichen Individuen ist in Bosnien eine ziemlich häufige Erscheinung. Dieser Umstand deutet bis zu einem gewissen Grade auf die Seltenheit der hereditären Syphilis hin; denn wäre dies nicht der Fall, so würde die erworbene Kindersyphilis jedenfalls seltener sein, als sie thatsächlich ist. Man kann nämlich als allgemeine Regel gelten lassen, daß hereditäre und erworbene Kindersyphilis sich bis zu einem gewissen Grade gegenseitig ausschließen, bezw. daß sie in einer umgekehrten Frequenz zu einander stehen. In der großen Frequenz der erworbenen Kindersyphilis liegt die Ursache der für Bosnien höchst eigentümlichen Erscheinung, daß die hereditäre Lues trotz der enormen Verbreitung der Lues überhaupt dortselbst selten ist. Die Heredität der Lues ist im Allgemeinen nur eine facultative, sie nimmt zweifellos mit der Zeit ab und erlischt gewöhnlich mit dem Eintritt des Tertiarismus. Da nun ein beträchtlicher Teil der Syphilitiker in Bosnien in einem Alter steht, in welchem die Kinderzeugung zu den Seltenheiten gehört, und da dieselben schon meist vor der Eheschließung in das tertiäre Krankheitsstadium eingetreten sind, so ist es natürlich, daß die aus ihren Ehen stammenden Kinder syphilisfrei zur Welt kommen. So findet auch auf diesem Gebiet ein natürlicher Ausgleich der Schäden statt. Li.

Ripault: **Un cas de gomme de la langue.** (Ann. des mal. de l'oreille, Mai 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Die Geschwulst saß am Zungengrund, war tief und über ein Zweifrancsstück groß. Folgende Beschwerden waren vorhanden: heftige, nach dem linken Ohre ausstrahlende Schmerzen, unaufhörlicher Speichelfluß, Schmerzen beim Schlucken. Dreyer (Köln).

Dr. Weidenfeld (Wien): **Ein Fall von ausgedehntem Gesichtsdefect in Folge von Lues.** (Wiener med. Blätter 1898, No. 48.)

Das ganze Gesicht des 32jähr. Patienten war von den unteren Augenlidern bis zur Oberlippe von einem Geschwür eingenommen, welches den häutigen und knorpeligen Teil der Nase, den weichen Gaumen und einen Teil der Oberlippe zerstört hat. Li.

Hugh T. Patrick (Chicago): **The points of distinction between cerebral syphilis and general paralysis of the insane.** (New York Medical Journal, 20. u. 27. August, 10. u. 17. Sept. 1898.)

Die Differentialdiagnose zwischen cerebraler Syphilis und progressiver Paralyse hat Verf. auf Grund seiner umfangreichen Erfahrungen in zwei

Vorlesungen ausführlich besprochen, welche er vor einer Aerzteversammlung gehalten hat. Es lohnt sich, den Inhalt derselben in Kürze wiederzugeben, da in der Litteratur nur sehr spärliche, knappe Erörterungen über den Gegenstand zu finden sind. Unter Hirnsyphilis werden die Veränderungen verstanden, welche die luetische Arteriitis, die syphilitische Meningitis und das Hirngummi setzen; die Dementia paralytica kann ihren Symptomen nach nicht in eine luetische und eine durch andere Factoren bedingte geteilt werden, die Aetiologie soll daher nicht berücksichtigt werden. Es wird zweifellos die Diagnose auf Syphilis zu häufig gestellt, die Dementia paralytica wird öfter falscher Weise für Syphilis gehalten als umgekehrt. Bei der Aufnahme der Anamnese ist auf die event. überstandene luetische Infection kein allzugroßes Gewicht zu legen; nur die Zeit, welche zwischen der Infection und dem Auftreten der cerebralen Symptome verstrichen ist, muß beachtet werden, da die Hirnlues meist nicht sehr lange nach der Infection aufzutreten pflegt. „Daß Hirnlues sehr früh nach der Ansteckung auftritt, ist jetzt eine wohlbekannte Thatsache"; sind erst zehn Jahre und mehr verflossen, so sind wahrscheinlich die auftretenden Hirnsymptome auf Paralyse zu beziehen, wenn nicht vorher das Nervensystem schon Zeichen syphilitischer Erkrankung gezeigt hat. Die Paralyse zeigt im Anfang fast nur Störungen der psychischen Sphäre (Abschwächung des ethischen Bewußtseins, des Urteils etc.); bei der Hirnsyphilis treten im Anfang fast immer körperliche Störungen auf. Während die erstere allmählich sich äußert, d. h. langsam zur Höhe ansteigt, setzt letztere gewöhnlich plötzlich ein und nimmt einen mehr weniger raschen Verlauf. Von den klinischen Symptomen zeigt sich der Kopfschmerz schon früh und in 75 pCt. aller Fälle von Hirnlues, so daß sich zuweilen schon aus diesem Symptom allein eine Diagnose stellen läßt; er ist heftig, andauernd, meist am ausgesprochensten des Nachts, oft localisirt und zeichnet sich durch seine Empfindlichkeit gegen Druck und Erschütterung aus; bei der Paralyse finden sich statt dessen oft Migräneanfälle als das erste bemerkenswerte Symptom Schlaflosigkeit trifft man häufig bei beiden Krankheiten. Von den Hirnnerven werden verschiedene von beiden Krankheiten heimgesucht, jedoch lassen sich ihre Symptome oft für die Differentialdiagnose verwenden. Reflectorische Pupillenstarre spricht mehr für Paralysis wie für Syphilis; reagiren die Pupillen weder auf Lichteinfall noch Accommodation, so kommt auch Lues in Frage, wenn auch nur selten. Alle Aeste des N. oculomotorius sind am häufigsten bei der Syphilis ergriffen, obgleich sie dann auch oft durch andere Erkrankungen (Tabes etc.) complicirt ist. Handelt es sich weiter um einfache Atrophie des N. opticus, so spricht dies mit wenigen Ausnahmen für Paralyse, eine Neuritis desselben jedoch für Lues. Vorübergehende Amblyopie, Hemiopie oder teilweiser Gesichtsfelddefect ist beweisend für Lues. Die anderen Hirnnerven erkranken sehr häufig bei Lues, selten bei Paralyse. Es muß also hervorgehoben werden, daß, wenn alle Zeichen für Lues sprechen, auch die Pupillen auf Lichteinfall reagiren müssen. Localisirte Hirnläsionen deuten auf Lues, diese breiten sich allmählich über benachbarte

Hirngegenden aus, besonders ist dies der Fall bei luetischen Affectionen der Convexität des Großhirns; Herdsymptome finden sich nie bei der Paralyse. Eine Hemiplegie luetischen Characters unterscheidet sich wohl von einer paralytischen, sie hält länger an und ist deutlicher in ihren Symptomen. Der Gang und der Patellarreflex bieten keine Besonderheiten. Häufig kann man bei Paralyse eine Analgesie der Beine und eine solche des N. ulnaris antreffen. Polydipsie und Polyurie lassen sich für die Diagnose der Syphilis der Hirnbasis verwerten, Heißhunger für Paralyse Bei der letzteren steigt öfter die Körpertemperatur plötzlich an, um ebenso rasch wieder zu sinken. Aphasie zeigt sich bei beiden Krankheiten, doch bei der Lues mehr im Beginn der Erkrankung und vollkommener; bei dieser ist sie oft das einzige Symptom oder sonst mit rein körperlichen Symptomen vergesellschaftet. Silbenstottern und fibrilläre Zuckungen lassen sich nur in Verbindung mit anderen Symptomen verwerten. Treten apoplectische und epileptische Anfälle auf, so sind sie als Zeichen einer Hirnlues zu deuten, wenn sie den Character einer Herdaffection zeigen, wie z. B. eine typische Jackson'sche Epilepsie, und mehr weniger andauernd sind; bei der Paralyse pflegen sie „den Beginn der Schlußscene" zu bezeichnen und sind von einer Verschlechterung des Zustandes gefolgt. Einfacher Schwindel kennzeichnet die Syphilis. Was die psychischen Symptome beider Krankheiten betrifft, so ist keins für die Diagnose ausschlaggebend. Während wir aber bei der Dementia paralytica die geistigen Fähigkeiten langsam, nach und nach abnehmen sehen, fehlt ein solch' schleichender Verlauf bei der Lues, die Demenz bei dieser setzt plötzlich ein. Eine außergewöhnliche Geistesthätigkeit und Geistesschärfe wie im Beginn der Paralyse finden wir nie bei der Hirnlues, ebenso wenig eine Steigerung des Geschlechtstriebes oder eine Impotenz. Weiter zeigt die Hirnlues einen mehr irregulären und schnelleren Verlauf. Ein langsamer Verlauf einer allmählich zunehmenden Demenz ist der Paralyse eigen. Größenwahn kann kaum für eine bestimmte Diagnose verwertet werden. Ein Paralytiker weiß weniger seinen Zustand zu beurteilen als ein an cerebraler Lues Leidender. Handelt es sich um maniakalische Delirien, so ähneln die der Syphilis mehr denen, die wir bei anderen Großhirnerkrankungen wie bei den acuten Intoxicationen, bei Hirntumor, Meningitis, Thrombose, acutem Alkoholismus antreffen; die der Paralyse gleichen mehr weniger denen der Neurasthenie, Hypochondrie, Manie, Melancholie. Lebhafte Hallucinationen sprechen mehr für Lues. Zum Schluß seiner äußerst lehrreichen und interessanten Abhandlung bespricht Verf. den Wert der therapeutischen Diagnose; er warnt einerseits vor zu raschen Schlüssen bei einem Erfolg oder Mißerfolg der antiluetischen Behandlung (ein negatives Resultat einer antiluetischen Therapie braucht nicht immer gegen die luetische Natur der Erkrankung zu sprechen), andererseits tritt er warm für eine gründliche Kur, d. h. für große Dosen Quecksilber und Jodkali ein, will man überhaupt ein einigermaßen brauchbares Resultat erzielen.

Blanck (Potsdam).

Henry Barton Jacobs: **A Case of Early Spinal Syphilis with Brown-Séquard's Paralysis.** (New York Medic. Journ., 27. VIII. 1898.)

Verf. berichtete im Mai 1897 in der Jahresversammlung der medicinischen und chirurgischen Facultät von Maryland über einen Fall von frühzeitiger Syphilis des Rückenmarks, verbunden mit Brown-Séquard's Paralyse; die vorliegende Abhandlung giebt den Inhalt dieses Vortrages wieder. Ein 40jähriger Mann acquirirte Syphilis, wurde keiner genügenden Kur unterworfen und zeigte ein Jahr später folgende Symptome: geringe unbestimmbare Schmerzen im Rücken und den Beinen, Krampf in den Zehen, Verlust der Geschlechtskraft, starke Schwäche des rechten Beines, Sensibilitätsstörungen, besonders Herabsetzung der Schmerzempfindung und des Temperatursinnes im linken Bein, unbedeutende Störung des Muskelsinus im rechten Bein, Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen und beständiger Tremor der Sehnen am linken Fußknöchel, Verstärkung des Patellarreflexes und Fußclonus rechts, Erhöhung der Hautreflexe links, schnell vorübergehender Harndrang. Unter einer antiluetischen Behandlung besserte sich der Zustand rasch und blieb gut während einer zweijährigen Beobachtung, nur geringe nervöse Störungen ließen sich nicht beseitigen. Letzteres deutet auf tiefere nutritive Veränderungen, die Fournier als „parasyphilitische" Processe auffaßt. Aus Statistiken von Naunyn und Fournier ist es jetzt erwiesen, daß Erkrankungen des Nervensystems nicht nur in einer frühen Periode der Syphilis auftreten können, sondern daß sie häufig in einer solchen aufzutreten pflegen; besonders prädisponirt dazu eine ungenügende antiluetische Behandlung. Dieser Fall ist wiederum ein Beweis dafür. Der Verfasser bespricht noch ausführlich die pathologische Anatomie der Affection und sucht die klinischen Symptome aus den krankhaften Veränderungen, die die Syphilis im Rückenmark setzt, zu erklären. In kritischer Weise werden dabei die Theorien, welche über die Erklärung der klinischen Symptome durch die Pathologie sich in der Litteratur finden, erörtert. Es würde zu weit führen, wollte man die Details der scharfsinnigen Deductionen in einem Referat auseinandersetzen; das Original dürfte jedem Neurologen als interessanter Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Veränderungen des Rückenmarks zur Lecture zu empfehlen sein.

Blanck (Potsdam).

Arslan: **Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants.** (Arch. de laryng. 1897. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1898, XI.)

Die von A. beobachteten Kinder waren 2, 7, 10, 18 Monate, 2 und 3 Jahre alt. 5 wurden durch Quecksilberbehandlung geheilt. Ein Kind kam zur Section. Es fanden sich weder Geschwüre noch Narben, sondern der ganze Kehlkopf war mit hirsekorngroßen, blaßroten, condylomatösen Tumoren austapeziert, so daß die Stimmbänder nicht zu erkennen waren.

Dreyer (Köln).

Dr. Eugen Schlesinger (Straßburg i. E.): **Die Erkrankung des Pancreas bei hereditärer Lues.** (Virchow's Archiv 1898, Bd. 154, Heft 3.)

Verf. unterzog die Pancreatitis syphilitica neonatorum einem eingehenden Studium und kam dabei zu folgenden Resultaten:

1. Bei der hereditären Syphilis ist das Pancreas seltener miterkrankt, als Milz, Leber, Knochen und Lungen, dagegen häufiger als Thymus, Herz, Darm u. s. w.

2. Gegenüber früheren Ansichten, daß das Pancreas erst in späteren Monaten der Entwicklung syphilitisch afficirt werde, ist zu betonen, daß es ebenso früh und ebenso spät syphilitisch erkranken kann wie andere Organe.

3. Zwischen der Lues des Pancreas und der Lues der anderen Organe fehlt es an engeren Beziehungen, nur in Ausnahmefällen ist das Duodenum mitergriffen, und es besteht dann ein Connex in der Erkrankung desselben und der des Pancreas und der Leber.

4. An dem erkrankten Pancreas ist makroskopisch zuerst die Consistenzvermehrung zu bemerken, dann die Vergrößerung, wobei der Kopfteil fast immer stärker afficirt ist, als der Schwanz. Nicht selten sind peritonitische Verwachsungen des erkrankten Organs mit der Nachbarschaft vorhanden.

5. Bei der Erkrankung handelt es sich um eine Pancreatitis interstitialis diffusa, deren vielfach ineinander übergehende Etappen durch die Wucherung des interlobulären, interacinösen und schließlich noch durch das Auftreten von intercellulärem Bindegewebe dargestellt werden. Diese Entzündung wird gefolgt von entsprechend zunehmender Atrophie des secretorischen Parenchyms, Auflösung der Lobuli, Schrumpfung sowohl der einzelnen Epithelzelle, wie auch der ganzen Acini, bis schließlich von dem Parenchym fast nur die kleinen Ausführungsgänge übrig bleiben.

6. Bei der Atrophie fehlen degenerative Erscheinungen.

7. Die Wucherung nimmt ihren Ausgang meist von den Blutgefäßen, selten von den bindegewebigen Hüllen der Ausführungsgänge.

8. Gummata, sowohl größere, wie mikroskopisch kleine sind, im Gegensatz zu der acquirirten Lues, im Pancreas des Neugeborenen selten.

9. Die kleineren wie die größeren Ausführungsgänge erhalten sich relativ lange und gut. An dem Ductus Wirsungianus waren einmal bei ziemlich starker Pancreatitis adenomatöse Wucherungen zu constatiren.

10. Frühzeitige Peri- und Endarteriitis der interlobulären Gefäße, der Untergang des periacinösen Capillarnetzes mit dem Auftreten der periacinösen Bindegewebswucherung sind die hauptsächlichsten Veränderungen seitens des Circulationsapparates.

11. Die interlobulären Zellhaufen, die sich beim Kinde überhaupt reichlicher finden als beim Erwachsenen, werden weder von der interstitiellen Bindegewebswucherung, noch von der Atrophie des Parenchyms mitbetroffen.

Li.

Dr. Ludwig Falk: **Ueber die Brauchbarkeit des Hyrgols (colloidales Quecksilber) zur Syphilisbehandlung.** (Dtsch. med. Wochenschr. 1899, No. 4.)

Das von der chemischen Fabrik v. Heyden (Dresden-Radebeul) hergestellte und von Werler zuerst empfohlene Hyrgol (wasserlösliches metallisches Hg) wurde in der dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau auf Veranlassung von Geh.-Rat Neisser von Verf. einer genaueren Untersuchung in Bezug auf seine practische Brauchbarkeit unterworfen. Zunächst zeigte sich bei Anfertigung der Lösungen, daß nach 24 Stunden am Boden der Flasche ein dicker grauschwarzer Schlamm sich absetzte, an welchem mit freiem Auge Quecksilberkügelchen sichtbar waren. Je länger die Lösung stand, um so mehr Schlamm schied sich aus, nach drei Wochen hatte alles colloidale Quecksilber sich zu Boden gesenkt, während die darüber befindliche Flüssigkeit wasserklar war. Auch wenn man die Lösungen von Hyrgol durch ein Berkefeldt'sches Filter filtrirte, fiel aus dem Filtrat nach kurzer Zeit ebenfalls Schlamm zu Boden. Die dem Präparat vindicirte Wasserlöslichkeit und Haltbarkeit besteht also nicht. Es wurde nun Dr. Höhnel, Assistent am pharmaceutischen Institut zu Breslau, veranlaßt, eine chemische Untersuchung des Präparats vorzunehmen, welcher das Ergebnis seiner Untersuchung in der Pharmac. Zeitung 1898, No. 97, bekannt gab. Danach ist das Hyrgol ein stark verunreinigtes Präparat, welches außer 73—80 pCt. Hg Ammonsalze, Zinnoxyd etc. enthält. Verf. ging nun dazu über, die toxischen, sowie die therapeutischen Eigenschaften des Hyrgols zu untersuchen. Die Toxicität des Mittels prüfte Verf. an Kaninchen. Es ergab sich, daß für ein Präparat von ca. 75 pCt. Hg in 5proc. Lösung 0,12 reines Hg pro Kilo Kaninchen die tötliche Dosis ist (bei subcutaner Injection), während die tötliche Dosis einer 5 proc. Sublimatlösung 0,2 Injectionsflüssigkeit (gleich 0,01 Sublimat mit 0,0077 Hg) pro Kilo Kaninchen beträgt. Also ist das Hyrgol bedeutend ungiftiger, als das Sublimat trotz des annähernd gleichen Gehalts an Hg, es muß also die Resorption des Hyrgols eine verhältnismäßig langsame sein. Um dies noch genauer festzustellen, wurden Kaninchen intramusculär mit der toxischen Dosis einer 33 1/3 proc. Hyrgollösung, ferner mit einem 33 1/3 proc. Hyrgolöl — dem Lang'schen Oel analog hergestellt — injicirt. Nach zehn Tagen zeigten sie noch keine Gewichtsabnahme, während bei Tieren, die mit der entsprechenden Dosis Lang'schen Oels resp. Hg-Oesipussalbe injicirt worden waren, schnelle Abmagerung und Tod nach 3—4 Tagen unter Erscheinungen acuter Intoxication eintrat. Die langsame Resorption des Hyrgols konnte Verf. an Kaninchen auch durch Röntgendurchleuchtung bestätigen. Ebenso geht die Elimination des Hyrgols langsam vor sich. Was ferner die Resorption der bei Einreibungen verwendeten Hyrgolsalben anlangt, so steht Verf. auf dem Standpunkt, daß für das regulinische Quecksilber die intacte Epidermis impermeabel ist; es handele sich bei der Wirkung der Schmierkur wesentlich um Inhalation von flüchtigem Quecksilber. Auch das Hyrgol betreffend glaubt Verf. nicht, daß es von der Haut aus resorbirt werden

kann, da wasserlösliche Präparate im Allgemeinen von der intacten Haut nicht resorbirt werden. Deshalb untersuchte Verf. nur die Schnelligkeit der Verdunstung des Hyrgols in verschiedenen Salben resp. Seifen. Es wurde geprüft Hyrgol mit Resorbin, Adeps suill., Oesypus, Alapurin, Vaselin, Mollin, Hyrgolvasogen, Hyrgolnatronseife, überfettete Hyrgolkaliseife. Es stellte sich heraus, daß die vier ersten Constituentien am besten die Verdunstung gestatten, dann folgen die übrigen in der obengenannten Reihenfolge; das Hyrgol scheint stärker abzudunsten, als das metallische Quecksilber, wofür auch die Häufigkeit der Stomatitiden spricht, die bei Anwendung von 33 1/3 proc. Salben zur Beobachtung kamen. Was nun die therapeutische Brauchbarkeit des Mittels anlangt, so wurden zu Injectionen 1-, 3-, 5-, 10- und 33 1/3 proc. Lösungen angewendet. Der größte Teil der Patienten klagte über Schmerzhaftigkeit der Injectionsstellen, die einige Tage dauerten, auch Infiltrate kamen öfter vor. Zu Inunctionen wurden anfangs 10 proc., später 33 proc. Salben verwendet. Die therapeutischen Erfolge standen nicht hinter den bei der bisherigen Hg-Therapie erzielten zurück. Als Resultat seiner Versuche meint Verf., daß das Hyrgol kaum geeignet ist, einen festen Platz unter den Quecksilberpräparaten zu behaupten, und zwar wegen seiner mangelnden Reinheit, geringen Haltbarkeit, mangelhaften Dosirung, endlich wegen des hohen Preises (14 mal teurer als metallisches Hg); eine besonders energische Wirkung wurde weder bei den Injectionen, noch bei den Einreibungen beobachtet. R. L.

Dr. Carl Stern (dirig. Arzt des städtischen Barackenkrankenhauses zu Düsseldorf): **Ueber Erfahrungen mit der Welander'schen Methode der Anwendung von Ung. hydrarg. cin. bei Syphilis.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 6.)

Welander hat vor einiger Zeit eine Modification der Anwendung der grauen Salbe angegeben: Ein etwa 50 cm langes uud 40 cm breites Gaze- oder Flanellstück, an dessen oberem und unterem Ende Bänder zur Befestigung um Hals und Bauch angebracht sind, wird täglich oder alle paar Tage mit 5—8 g grauer Salbe mittelst eines Spatels sorgfältig bestrichen und alsdann mit der bestrichenen Seite auf Brust oder Rücken gelegt. Die Patienten sollen 10—14 Stunden in der Bettwärme zubringen, tragen aber den Sack auch tagsüber. Das Verstreichen der Salbe wird von dem Patienten selbst besorgt. Die Methode beruht auf der schon von Gerhardt ausgesprochenen und durch Versuche gestützten Anschauung, daß die Inunctionskur eigentlich als Inhalationskur zu betrachten ist. Dieser Ansicht hat sich auch Neisser angeschlossen. Verf. hat an einem größeren Krankenmaterial eine Prüfung der Welander'schen Methode vorgenommen, nicht allein aus theoretischem Interesse, sondern auch aus practischen Gründen, weil die Methode einfacher, reinlicher und event. auch billiger ist als die alte Inunctionskur. Die Methode kam sowohl bei frisch Inficirten als auch bei solchen zur Anwendung, die erste oder wiederholte Recidive

hatten. Bei dem Ausstreichen der Salbe wurde den Patienten empfohlen, sich möglichst nahe über den Lappen zu beugen und die Procedur sorgfältig und mindestens zehn Minuten lang zu besorgen. Zuerst wird das Aufstreichen täglich, in den letzten drei Wochen der Kur, wenn die Erscheinungen prompt zurückgehen, alle zwei Tage gemacht. Im Bett und bei Tag wird der bestrichene Lappen, wie oben angegeben, auf dem Körper getragen. Bei solchen Patienten, welche eine erste Kur durchmachen, wird das Tragen der Lappen auf acht Wochen ausgedehnt. In drei Fällen wurde nach achttägiger Kur schon eine Stomatitis beobachtet, ein Beweis für die Wirksamkeit der Methode und die Notwendigkeit der Mundpflege auch bei der Welander'schen Kur. In einem Fall trat auf der Brust des Patienten eine Dermatitis auf. Sonst wurden keine Unannehmlichkeiten gesehen. Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen bei etwa 100 Kranken zu der Ueberzeugung gelangt, daß die Welander'sche Methode ebenso wirksam ist wie die übrigen Methoden der Quecksilberbehandlung. Ob Recidive rascher und heftiger bei der neuen Methode sich einstellen als nach der alten Methode, ist zunächst nicht zu entscheiden. Jedenfalls verdient die Methode weitere Nachprüfung. R. L.

C. C. Mapes (Louisville): **Shall Patients be Informed that they have Cancer or Syphilis?** (The New York Medical Journal, 15. October 1898.)

Verf. erörtert in einem Artikel die Frage, ob man Patienten, die an Syphilis leiden, über die Natur ihrer Erkrankung aufklären solle. (Wir übergehen den Krebs, da derselbe nicht in den Rahmen unseres Specialfaches fällt.) Er meint, daß dieselbe in jedem Falle zu bejahen sei, da die Rücksicht auf das Wohl der Menschheit diese Entscheidung verlange. Es mehren sich die Fälle von „Lues insontium" und Lues mit extragenitalem Sitz des Primäraffectes in erschreckender Weise; es dürfte angebracht sein, auch von einer „Gonorrhoea insontium" (Ref.) zu sprechen, die besonders bei Kindern in vielen Fällen beobachtet ist. Selbst dann, wenn ein Mann außerhalb der Ehe Lues acquirirt und dieselbe auf seine Frau übertragen hat, liegt es im Interesse der Gesamtheit, die letztere über die Natur ihres Leidens aufzuklären ohne Rücksicht auf eine Störung des ehelichen Friedens. Als Erfolge eines solchen, das Wohl der menschlichen Gesellschaft bedingenden Vorgehens bezeichnet der Verfasser: 1. eine Verbesserung der allgemeinen Moral; 2. eine Einschränkung zweier (incl. Gonorrhoe) ansteckender und schrecklicher Krankheiten; 3. eine Verminderung der Prostitution bei beiden Geschlechtern; 4. eine Production gesunderer Kinder; 5. eine Besserung und Erhaltung der moralischen Integrität und physischen Eigenschaften des menschlichen Geschlechts. Blanck (Potsdam).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Dr. Baumgarten: **Die Bedeutung der Urethroskopie für die Diagnose von Steinen, welche in den Recessen des hinteren Teiles der Urethra sitzen.** (Orvosi hetilap, 3. und 10. December 1898. Ref. nach klin.-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 52.)

Bei dem 50jährigen, mit Stricturen der Harnröhre behafteten Patienten fand Verf. bei der ersten Bougirung ein Reibegeräusch und beim Herausziehen des Instruments, 13 mm vom vorderen Ende desselben, zwei parallele Ritze. Da die Natur der Resistenz weder durch die Untersuchung vom Rectum noch vom Damm aus eine richtige Deutung erfahren konnte, schritt Verf. zur urethroskopischen Untersuchung, mit deren Hilfe ihm die Auffindung eines in der Pars membranacea sitzenden Steines gelang. Methodische Bougirung und darauf Entfernung des Steines unter Controle des Urethroskops per vias naturales. Li.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. L. Weber: **The Further History of the Case of Hypertrophied Prostate, Operated upon by Bottini's Method.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, Juli 1898.)

Verf. berichtet über das weitere Schicksal eines Patienten, der von ihm wegen Prostatahypertrophie nach Bottini operirt wurde. Innerhalb drei Wochen bekam der Patient tägliche Injectionen von Silbernitratlösung (1 : 8000) in die Harnblase, ohne daß jedoch die bestandene Cystitis beseitigt wurde. Der Patient urinirt jetzt zwar selbst, aber die Menge des Residualharns ist immer noch dieselbe, wie vor der Operation; desgleichen wurde durch Untersuchung per rectum festgestellt, daß die Configuration der Prostata, sowie deren Dimensionen durch die Operation in keiner Weise beeinflußt worden sind. Der Erfolg der Operation beschränkt sich somit einzig und allein auf das vom Patienten wieder erlangte Vermögen, spontan zu uriniren. M. L.

Prof. v. Frisch: **Ueber Bottini's galvanocaustische Incision der hypertrophirten Prostata.** (Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 48.)

Die Bottini'sche galvanocaustische Incision der hypertrophirten Prostata fand bereits an dieser Stelle (cf. diese Monatsberichte 1898. Heft 11)

eingehende Besprechung in der Lohnstein'schen Originalarbeit. Wir dürfen also bei den Lesern Kenntnis der Bottini'schen Methode voraussetzen und uns bei der Wiedergabe der vorliegenden Arbeit, welche die Technik, die Indicationen und die Contraindicationen des Bottini'schen Verfahrens in eingehender Weise behandelt, nur auf die vom Verf. erzielten Resultate beschränken. In den vom Verf. operirten Fällen handelte es sich 8mal um chronische complete, 2mal um chronische incomplete Harnverhaltung (in 2 Fällen lag sogenannte Congestion der Prostata vor). Von den 10 operirten Kranken sind 4 vollständig geheilt, 1 dauernd gebessert, 1 zeigte eine vorübergehende Besserung, 3 Fälle blieben resultatlos, 1 Patient starb in Folge der Operation. Bei den geheilten Fällen trat das spontane Uriniren als unmittelbare Folge der Operation noch am selben Tage nur in einem einzigen Falle ein, in 1 Falle stellte sich die freiwillige Harnentleerung am zweiten Tage ein, in 1 Falle (mit 2 Operationen) verzögerte sich das Eintreten des spontanen Urinirens bis zum Ende der vierten Woche, in 1 Falle endlich bestand nach der Operation durch 14 Tage Harnträufeln. Bei 2 gebesserten Fällen traten die freiwilligen Entleerungen 14 Tage nach der Operation ein, bei 1 von diesen hatte der Patient vor der Operation spontan uriniren können. Es handelte sich da offenbar um eine reactive Schwellung der Prostata in Folge des Eingriffs. 6 der operirten Fälle verliefen vollkommen reactionslos. Von unangenehmen Zufällen traten auf: Blutungen in 3 Fällen, Schüttelfröste in 2 Fällen, Epididymitis in 2 Fällen, Prostataabsceß mit Exitus letalis in 1 Falle. Pyelitis bestand zur Zeit der Operation in 4 Fällen.

Im Allgemeinen mit den Resultaten der Bottini'schen Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie zufrieden, verkennt Verf durchaus nicht ihre auch von anderer Seite vielfach geschilderten Gefahren und weist außerdem auf einen schweren Nachteil dieser Methode hin, nämlich auf die Unzuverlässigkeit derselben. In keinem Falle kann man mit Sicherheit vorhersehen, wie sich das Endresultat gestalten wird, und man kann anch nicht angeben, warum in dem einen Falle eine vollständige Heilung, in einem anderen nicht mal eine Besserung eingetreten ist. In den 3 Fällen, welche Verf. mit negativem Erfolg operirt hat, konnte nur in einem einzigen Falle mit Bestimmtheit die Ursache des Mißerfolges festgestellt werden Es handelt sich nämlich um einen Fall, bei welchem durch die nachher vorgenommene Sectio alta die Verhältnisse der in die Blase vorspringenden Teile der Prostata direct zur Anschauung kamen. In diesem Falle war der in der Blase liegende Teil der Prostata von so colossalen Dimensionen, daß die Schnitte, wiewohl sie in den Einkerbungen zwischen den prominirendsten Punkten angelegt waren, viel zu kurz ausfallen mußten.

Ein Teil der von verschiedenen Autoren erhaltenen Mißerfolge dürfte nach Ansicht des Verfassers vielleicht auf ungenügendes Glühen der Klinge zurückzuführen sein. Alle bis jetzt für die Bottini'sche Operation im Gebrauch befindlichen Accumulatoren sind nämlich höchst unverläßlich, und der Zeiger des Ampèremeters giebt zwar Aufschluß über die Stärke des Stromes, niemals aber Sicherheit über den Grad des Erglühens der Klinge,

sobald dieselbe in das Gewebe eingedrungen ist. Verf. hat deshalb versucht, direct den Straßenstrom unter Einschaltung eines Transformators für die Bottini'sche Operation zu verwenden, und er ist mit den Ergebnissen dieser Versuche sehr zufrieden. Bei dieser so constanten Stromquelle ist das peinliche Nachlassen oder gänzliche Versagen des Stromes während der Operation ausgeschlossen.

Ein weiteres Moment, welches für den vollständigen Effect der Bottini-schen Operation von Bedeutung ist, dürfte nach Ansicht des Verfassers vielleicht in den contractilen Elementen der Prostata zu suchen sein. Es wäre wohl denkbar, daß der Effect der Bottini'schen Operation mit der vollständigen Durchtrennung der Kreisfasern der Prostata am Orificium internum in directem Zusammenhang steht. So einfach und leicht aber die Bedingung der vollständigen Durchtrennung des Sphincter internus bei der normalen Prostata zu erfüllen wäre, so schwierig, ja geradezu unmöglich gestaltet es sich bei der Hypertrophie der Prostata. Die Größenzunahme der Prostata ändert die mechanischen Verhältnisse dieses Schließmuskels und seiner Function in mannigfacher Weise; hängt nun der Effect dieser Operation mit der Durchschneidung dieses Muskels zusammen, so muß bei der gesagten Aenderung der anatomischen Verhältnisse an einer durch Volumszunahme verbildeten Prostata der Effect der Operation eben ein unsicherer werden Leider ist man in keinem Falle im Stande, sich über die Veränderungen, welche der Sphincter durch die Hypertrophie erlitten hat, Aufklärung zu verschaffen; man ist aber auch bei intact erhaltenem Sphincter niemals im Stande, die vollständige Trennung desselben mit Sicherheit zu controliren.

Aus der vorliegenden Arbeit wäre noch die Stellungnahme des Verfassers zu der strittigen Frage von der Verwendung des Verweilkatheters bei der Nachbehandlung hervorzuheben. Da die Patienten auch bei vollkommen gelungener Operation in den ersten Tagen ihre Blase niemals vollständig entleeren, überdies Blasenwaschungen in den meisten Fällen indicirt sind, ist der Katheterismus nicht zu vermeiden; nun meint Verf., daß es für den Patienten viel schonender ist, für einige Tage einen Verweilkatheter einzulegen, als mehrere Male im Tage den Katheter einzuführen oder gar durch eine wenig kundige Hand einführen zu lassen. Von der Anwendung des Verweilkatheters hat Verf. niemals einen Nachteil gesehen, dagegen hatte er in einigen Fällen, wo er durch den Verlauf gezwungen wurde, am dritten oder vierten Tage zum Katheter à demeure zu greifen, allen Grund, zu bedauern, dies nicht von vornherein gethan zu haben. Li.

Prof. Willy Meyer (New York): **Personal Experience with Bottini's Operation in the Radical Treatment of Hypertrophy of the Prostate.** (Medical Record, 14. Januar 1899.)

Die vorliegende Arbeit schließt sich unmittelbar an die von demselben Autor vor einiger Zeit veröffentlichte Arbeit über die Bedeutung der Bottini-schen Operation an. Die damaligen Erfahrungen des Verf.'s waren noch

zu gering, als daß er sich über den Wert der Operation in entscheidendem Sinne aussprechen könnte. Der gegenwärtigen Mitteilung liegen zwölf gewissenhaft studirte und unparteiisch beurteilte Beobachtungen zu Grunde, in denen der Ausgang der Operation ein durchweg günstiger war, und so glaubt Verf., seiner Meinung Ausdruck geben zu können, daß die Bottini'sche Operation mehr zu leisten im Stande ist, als jede andere gegen Prostatahypertrophie vorgeschlagene Behandlungsmethode. Lubowski.

Dr. Heinrich Oppenheimer (London): **Die innerliche Behandlung der Prostatorrhoea ex Prostatitide chronica mit Prostatasubstanz.** (Dermatolog. Centralbl. 1899, No. 4.)

Vorliegende Arbeit bedeutet, falls sich die darin enthaltenen Angaben des Verfassers bei fernerer Prüfung bestätigen würden, einen neuen Sieg der aufblühenden Organotherapie: sie eröffnet nämlich die Perspective, daß man die lästige Prostatorrhoe durch Verabreichung von Prostatasubstanz würde bekämpfen können. Verf. hat nämlich eine Reihe von an Prostatorrhoe leidenden Individuen (es waren darunter die verschiedensten Formen der Prostatorrhoe vertreten) mit Prostatasubstanz behandelt. Das angewandte Präparat war das von der Londoner Firma Burronghs, Wellcome & Co.; die Dosis betrug ca. 0,13 g dreimal täglich. Die an den bezeichneten 17 Fällen gemachten Beobachtungen faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Die Prostata reagirt auf die innerliche Darreichung von Prostatasubstanz.

2. Bei gonokokkenfreier Prostatorrhoe bewirkt die interne Verabreichung der Prostatasubstanz eine rapide und dauernde Heilung.

3. Enthält bei nicht complicirten Fällen von chronischer Prostatitis der Ausfluß Tripperpilze, so ist die innerliche Behandlung mit Prostatasubstanz contraindicirt.

4. Treten im Verlauf der internen Prostatadarreichung Gonokokken in einem gonokokkenfrei geglaubten Ausfluß auf, so ist dieselbe sofort einzustellen.

5. In Fällen, wo die Prostataaffection mit einer Urethritis posterior complicirt ist, darf die interne Darreichung von Prostatasubstanz gleichzeitig mit der örtlichen Behandlung versucht werden. Allein dieselbe ist aufzugeben, wenn die specifischen Prostataerscheinungen nicht binnen einer Woche bedeutend abnehmen. Lubowski.

Swinburne (New-York): **A Case of Epididymitis.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, Juli 1898.)

Der Fall betrifft einen 32jährigen Patienten mit in jeder Beziehung vollständig negativer Anamnese, der wegen Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Nebenhodens ärztliche Hilfe nachgesucht hatte. Die Untersuchung ergab normale Prostata, jedoch Erweiterung und Schmerzhaftigkeit der Vesicula seminalis der correspondirenden Seite. Das aus der

erkrankten Samenblase ausgepreßte Secret ergab bei der mikroskopischen Untersuchung keine Mikroorganismen, sondern die gewöhnlichen Bestandteile des Samenblasensecrets: unbewegliche Samenfäden und wenige Eiterzellen. Ebenso war der Harn vollkommen normal. Die Behandlung bestand in Application von 10proc. Ichthyolsalbe und im Tragen eines Suspensoriums und hatte baldige Heilung zur Folge. M. L.

Reynier: **Traitement chirurgical de la tuberculose du testicule.** (Le progrès médical 1899, No. 2.)

Bei der Orchitis tuberculosa kann man im Anfangsstadium operiren, und zwar macht Verf. die Castration mit Resection des Vas deferens Wenn man den Inguinalcanal incidirt und das Peritoneum loslöst, kann man das Vas deferens in großer Ausdehnung exstirpiren. Auf diese Weise gelangt man auch am sichersten zu den Samenbläschen. Bei Hodentuberculose tritt häufig eine Allgemeininfection ein; deshalb soll man, wenn die Tuberculose auf einen Hoden localisirt ist, möglichst bald operiren, und zwar ist die Castration die beste Methode; wenn der Patient sich weigert, dieselbe vornehmen zu lassen, so kann man galvanocauterisiren.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Popper: **Ueber abnorme Samenergüsse.** (Gyogyászat, 3. December 1898. Referirt nach klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 52.)

Verf. kommt nach Beobachtung einschlägiger Fälle zur Ueberzeugung, daß bei dem überwiegenden Teile die Pollutionen und Spermatorrhoen eine Folge der Insufficienz des Sphincters der Samenblasen und nur ausnahmsweise centralen Ursprungs sind. Nächste Ursachen dieser Schwäche des Sphincters sind Blennorrhoe, Excesse in venere, Onanie. Eine entferntere Ursache ist die Neurasthenie. Verf. hatte den besten Erfolg von der Faradisation der Prostata, unbeeinflußt blieben nur die Fälle centralen Ursprungs.

Li.

B. Scheinkman: **The Mechanical Treatment of Impotence in the Male.** (The New York Med. Journal, 10. September 1898.)

Skeptisch steht der Arzt den Anpreisungen gegenüber, mit denen mechanische Vorrichtungen zur Hebung der männlichen Impotenz in den Handel gebracht werden; meist ist ja auch der Skepticismus berechtigt, da sie meist von Laien empfohlen werden ohne jede Berücksichtigung der Aetiologie des Leidens. Neuerdings ist von autoritativer Seite diesen Instrumenten mehr Beachtung geschenkt und sind einige bei Präcisirung der Indication empfohlen worden. Wir glauben, ein Urteil über diese Behandlung hier bei Seite lassen zu müssen, dürfen aber nicht mit Stillschweigen über Erfahrungen hinweggehen, die von ärztlicher Seite mit derselben gewonnen sind. Verf. giebt nun ein mechanisches Hilfsmittel an, das er erfunden hat,

um an Impotentia psychica Leidende von ihrem Leiden zu befreien. Eine Beschreibung des Instruments ohne erläuternde Abbildungen dürfte schwer sein und das Verständnis nicht fördern, es sei daher auf das Original verwiesen. Den practischen Wert der Vorrichtung will Verf. bei einer Anzahl seiner Patienten erprobt haben, leider fehlen Krankengeschichten. Der Name des Instrumentes ist „Potentor" (von „potentia"); es kann von J. Herbitt, Mott Street No. 81, bezogen werden. Blanck (Potsdam).

Prof. v. Wagner: **Fragliche Giltigkeit der Ehe wegen Impotenz des Mannes. Gutachten der med. Facultät in Wien.** (Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 2.)

Aus dem von der Facultät abgegebenen Gutachten geht hervor, daß es Fälle von rein psychischer Impotenz geben kann, ohne daß sich am Sexualapparat auch nur die geringsten anatomischen Veränderungen nachweisen lassen. Eine derartige Impotenz beruht auf einem Defect im Gehirn und ist als unheilbar zu betrachten. M. L.

VII. Blase.

O. A. Boije: **Doppelte weibliche Blase mit doppelter Urethra.** (Finska Läkaresellskapets Handlinger 1897, No. 10. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 38.)

Dreijähriges Kind; das letzte Halbjahr Incontinentia urinae, Vorfall einer „Blase". Beim Harnlassen strömt der Harn in kräftigem Strahl durch die Urethralmündung an der gewöhnlichen Stelle. Dann drängt in die Vulva eine Blase von der Größe eines Fingerendes hervor. Durch Druck entleert sie sich durch eine feine Oeffnung unterhalb des normalen Ostium urethrae. Die eigentliche normale Harnblase enthält normalen Harn, die kleinere ebenso, aber helleren, an Harnstoff ärmeren und in geringerer Quantität, 20—25 ccm. Nach Dilatation der kleinen Oeffnung bleibt der Vorfall und die Incontinenz aus. Durch Einspritzung von gefärbten Flüssigkeiten wird bewiesen, daß die beiden Blasen in keiner Communication stehen. Die große giebt pro die 420 ccm Urin ab, die kleine 40. Verf. glaubt, daß entweder eine überzählige oder eine rudimentäre Niere, die sich in die kleine Blase entleert, vorliegt; glaubt aber, doch nicht ganz ausschließen zu können, daß die kleine Blase ein Urethraldivertikel sei. Immerwahr (Berlin).

Prof. O. Heubner (Berlin): **Urotropin in der Kinderpraxis.** (Therapie der Gegenwart 1899, No. 2.)

Verf. berichtet über einige Fälle, in denen er bei an Blasencatarrhen leidenden Kindern das Urotropin mit Erfolg zur Anwendung brachte. Fall 1

betraf einen 10jährigen Knaben, der seit vier Jahren bei einem Specialisten in Behandlung war. Der Knabe litt im Anschluß an eine gonorrhoische Erkrankung der Harnröhre an Stricturen, die schon zwei Operationen erforderlich gemacht hatten, und wurde wegen Cystitis seit $2^1/_2$ Jahren ohne Erfolg mit Blasenspülungen behandelt; auch eitriger Ausfluß aus der Harnröhre bestand noch. Der Urin war stark alkalisch, stinkend, beträchtliches Sediment (hauptsächlich Eiterkörperchen). Zunächst waren ohne Erfolg Wildunger Wasser und Kali chloric. verordnet worden; die Blasenspülungen wurden fortgesetzt. Nach drei Wochen wurde mit der Urotropinbehandlung begonnen (fünfmal täglich 0,2 g), Es trat sofort erhebliche Besserung ein, die Reaction des Urins wurde sauer, das Sediment fast ganz verschwunden. Bei längerer Fortsetzung der Medication hielt die Besserung an, der Ausfluß aus der Urethra war jetzt mehr serös eitrig als rein eitrig. Der Knabe wurde nun auf $4^1/_2$ Wochen nach Wildungen geschickt, wo er etwa noch 14 Tage das Urotropin weiter gebrauchte; er wurde von dort als geheilt entlassen. Nach mehreren Monaten konnte Verf. bei der Nachuntersuchung das Andauern der Heilung constatiren. Fall 2 betraf ein $7^1/_2$jähr. Mädchen, welches seit etwa $^3/_4$ Jahren an einem erheblichen Blasencatarrh litt; die Reaction des Urins war, als das Kind in Behandlung trat, neutral. Hier wurde das Urotropin zunächst 5mal täglich zu 0,1, dann nach 14tägigem Aussetzen 3mal täglich zu 0,4 g mehrere Monate hindurch gebraucht mit einigen Intervallen von einer Woche. Das Resultat war auch hier Heilung der Cystitis, welche auch nach längerem Aussetzen des Mittels anhielt. Diese beiden Fälle gehörten der Privatpraxis an. Zwei weitere Fälle wurden in der Kinderklinik behandelt. Der eine von ihnen betraf ein 7jähriges Mädchen, welches mit einer fieberhaften Colicystitis, vielleicht mit rechtsseitiger anschließender Pyelitis behaftet war. Nachdem hier zuerst Salol in Verbindung mit Argentamin-Blasenspülungen ohne Erfolg versucht war, wurde durch consequente, mehrere Monate hindurch fortgesetzte Urotropindarreichung (zuerst 5mal täglich 0,4, später 4mal täglich 0,2 g) Heilung erzielt, welche auch anhielt. Im anderen Fall handelte es sich um ein 4jähr. Mädchen, das seit fast einem Jahr schon an Cystitis litt. Auch hier wurde der Blasencatarrh durch consequente Urotropinbehandlung (4mal täglich 0,25 g) in kurzer Zeit geheilt. Ganz wirkungslos blieb das Urotropin in einem Falle, welcher einen $8^1/_2$jährigen, sehr schwächlichen Knaben betraf, welcher mit eitriger Urethritis (Gonokokken), Cystitis (Urin von saurer Reaction) und hohem Fieber zur Aufnahme gelangte. Vorher war die übliche Behandlung (Sandelöl, Injection und Blasenspülungen) ohne Wirkung versucht worden. Der Knabe starb nach einigen Monaten an ausgebreiteter eitriger Peritonitis; außerdem bestand Urethritis ulcerosa, Cystitis ulcerosa, Pyelonephritis apostematosa, Nephritis parenchymatosa. Verf. schließt aus seinen Erfahrungen in Uebereinstimmung mit den Angaben von Nicolaier, daß das Urotropin nur bei alkalischer oder wenigstens neutraler Reaction des Urins mit Aussicht auf Erfolg gegeben wird; bei saurer Reaction scheint es zu versagen. Die Besserung stellt sich immer gleichzeitig mit der Um-

wandlung der Reaction in eine saure ein. Man darf die Darreichung des Mittels nicht zu früh nach Eintritt der Besserung abbrechen; es ist rätlich, das Urotropin zunächst etwa drei Wochen lang ohne Unterbrechung nehmen zu lassen; tritt dann nach Aussetzen der Medication wieder neue Trübung des Urins ein, so beginnt man von Neuem und setzt die Darreichung etwa die doppelte Zeit fort, um dann von Neuem eine Probe darauf zu machen, ob die gute Wendung anhält u. s. w. Je älter die Erkrankung ist, um so länger wird natürlich die Behandlung dauern müssen. Ein nachteiliger Einfluß des Urotropins bei länger fortgesetztem Gebrauch wurde nie beobachtet.

R. L.

Dr. Warden (Hertford British Hospital, Paris): **Instillations and Their Value in the Treatment of Cystitis.** (The Edinburgh Medical Journal 1899, No. 1.)

Verf. bespricht die Instillationen und deren Bedeutung in der Cystitisbehandlung. Ohne etwas Neues zu bringen, schildert er in gedrängter Kürze die Technik der Instillationen, die bei denselben in Betracht kommenden Instrumente und geht schließlich auf die Substanzen ein, welche bei den Instillationen zur Verwendung gelangen. Letztere Besprechung bildet das wichtigste Kapitel der vorliegenden Arbeit und verdient, daß wir länger bei ihr verweilen. Die Substanzen, welche bei den Instillationen am häufigsten in Frage kommen, lassen sich in anästhetische und antiseptische einteilen.

Die anästhetischen Instillationen sind von großer Bedeutung entweder als therapeutisches Mittel an und für sich oder als Mittel zur Vorbereitung der Harnröhre bezw. Harnblase für mehr oder minder schmerzhafte Instillationen. Zu anästhetischen Instillationen werden angewandt: Antipyrin, Guajacol und Cocain. In Fällen von leichter Cystitis, in denen die Schmerzen nicht besonders intensiv sind und die Blase für die Application von Argentum nitricum vorbereitet werden soll, ist das Antipyrin in einer Lösung von 1 : 10 zweifellos im Stande, die Schleimhautoberfläche der Harnblase weniger empfindlich zu machen. In sehr schweren Fällen von Cystitis leistet das Guajacol als Präliminarinjection ganz vorzügliche Dienste, namentlich in der Picot'schen Ordination (1 Teil Jodoform, 5 Teile Guajacol und 100 Teile sterilis. Provenceröl). Mit dem Cocain empfiehlt Verf. möglichst vorsichtig vorzugehen. Man verwendet am besten eine frisch hergestellte 1proc. Lösung unter jedesmaligem Verbrauch von ca. 0,125 g Cocain.

Zu antiseptischen Instillationen werden gebraucht: Borsäure, Kalium hypermanganicum, Sublimat und Argentum nitricum. Die beiden ersten Substanzen sind von verhältnismäßig geringer Bedeutung und werden nur in Quantitäten gebraucht, die zur Ausspülung der Harnblase nötig sind. Dagegen sind Sublimatlösungen von 1 : 5000 oder 1 : 3000 als die wirksamste Instillationsflüssigkeit zu bezeichnen und ganz besonders bei Tuberculose der Harnblase am Platze. Das Argentum nitricum, welches zuerst im Jahre 1842

von Mercier eingeführt wurde, bezeichnet Verf. als das bedeutendste Mittel in der localen Behandlung der Cystitis. Dasselbe scheint in Form von Instillationen energischer zu wirken, als wenn es in schwächeren Lösungen zur Ausspülung der Harnblase verwendet wird, vielleicht aus dem Grunde, daß die Lösung im ersteren Falle in der Blase zurückbleibt und in innigere Berührung mit der Blasenschleimhaut kommt. Je acuter, je schmerzhafter die Cystitis, je frequenter der Harndrang, desto prägnanter ist die Indication zu Silbernitratinstillationen, ganz besonders, wenn es sich um eine acute gonorrhoische Cystitis handelt.

In einigen Formen von Cystitis erweist sich die Application von Laudanum in abgekochtem Wasser von ganz vorzüglicher Wirkung. M. L.

Guyon: **Contre la douleur de la cystite.** (Le progrès médical 1899, No. 2.)

Guyon empfiehlt gegen die Schmerzen bei Cystitis folgende Suppositorien:

Rp. Extract. Belladonnae
Extract. Opii . . āā 0,01
Jodoformii 0,05
Cerae albae 1,0
Butyri Cacao . . . 3,0
Mf. suppositor. S. äußerl.

Immerwahr (Berlin).

R. N. Mayfield (New-York): **Catheters and Cystitis.** (New York Medical Journal, 3. September 1898.)

Verf. hat Katheter construiren lassen, welche die Behandlung chronischer Cystitiden, besonders solcher mit reichlicher schleimiger Absonderung erleichtern sollen. Die Verbesserung bezieht sich auf das Schnabelende mit seiner gewöhnlich ungenügend weiten Oeffnung; bei dem neuen Instrument ist das Schnabelende ganz offen, während sonst die Oeffnung seitlich angebracht war. In Folge dessen ist der Abfluß größerer Schleimmassen gesichert, event. läßt sich eine Verstopfung des Katheterauges durch den Obturator, welcher die vesicale Oeffnung des Instrumentes beim Einführen verschließt und nachher entfernt wird, leicht beseitigen. Der neue Katheter ähnelt im Princip unseren Tuben, die wir zur Endoskopie der Harnröhre beutzen. Verf. bevorzugt bei der Behandlung der typischen Cystitis mit Absonderung visciden, klebrigen Schleims das Wasserstoffsuperoxyd (H_2O_2) und zwar ist der Gang derselben folgender: 1. Anästhesirung der Pars membranacea urethr. mit 4 g einer 0,4proc. Cocainlösung; 2. nach eventuell vorausgegangener Bougirung der Harnröhre Spülung der Blase mit 5proc. Wasserstoffsuperoxydlösung, bis das Spülwasser klar abläuft; 3. darauf fülle man die Blase, nicht völlig, mit einer Lösung von Tinct. jodi comp. 7,5, Kal. chloric. 3,4, Natr. chlorat. 7,5, Aq. 240,0. Diese Behandlung muß täglich ein-

oder zweimal vorgenommen werden. Bei Verdacht auf ausgedehnte Ulceration der Blase wende man einmal wöchentlich eine 2—4proc. Argentum nitricum-Lösung an. Blanck (Potsdam).

Buck (Edinburgh): **Borsäure und Salol bei Cystitis.** (The Lancet, 14. Mai 1898.)

Vor etwa fünf Monaten hatte Verf. bei einem 83jährigen Manne die Lithotomie ausgeführt. Er hatte diese Operation der Lithotritie vorgezogen wegen der Größe des Steines, wegen seiner bedeutenden Härte und wegen der Anwesenheit einer erheblichen Prostatahypertrophie. Die Blase wurde nach der Operation 3 Tage lang durch ein weites Rohr, dann 3 Tage durch einen Katheter No. 12 von der Wunde aus und dann 14 Tage lang durch einen Katheter von der Urethra aus drainirt. Niemals ist Urin anders als durch diese Abflußrohre ausgetreten. Da schon vor der Operation eine Cystitis vorhanden war, so wurde die Blase 3—4mal täglich ausgewaschen. 3 Wochen nach der Operation trat plötzlich eine Verschlimmerung der Cystitis ein. Der Urin wurde dunkelgelb, stark alkalisch und enthielt auch Bacterien. Es wurden nunmehr alle 4 Stunden 0,6 Borsäure und 0,18 Salol verabfolgt. Schon nach 2 Tagen war der Urin sauer und innerhalb 14 Tagen hatte er seinen vollkommen normalen Character erlangt. Es trat vollständige Genesung ein, nur muß Patient öfters den Residualharn mittelst Katheters entfernen. Der Fall ist wegen des Alters des Kranken und wegen der guten Wirkung der genannten Mittel in solchen kleinen Dosen bemerkenswert.

Loewenthal.

Robert Sorel: **Neurasthénie urinaire et crises de rétention aiguë d'urine.** (Le progrès médical 1899, No. 1.)

Seit längerer Zeit keine vollständige Retention, aber der Patient entleert seine Blase schlecht, zeitweise tropfenweise, wenn die Blase überläuft. Versuche, zu katheterisiren, waren stets ohne Erfolg; es bestand eine Contractur des Sphincters. Es wurde eine neue Operation gemacht, um diese Contractur zu überwinden. Perinealschnitt nach Cathétérisme forcée. Sonde No. 20 blieb 14 Tage liegen, darauf Einführung von Béniqués bis zu No. 50. Schließlich progressive forcirte Dilatation bis zu No. 35 des Kollmann-schen vierarmigen Dilatators. Heilung. Immerwahr (Berlin).

Dr. Hans Schröder (Bonn): **Ueber die Behandlung der Blasentuberculose mit T. R.** (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899, Bd. 40, Heft 1.)

Angeregt durch die dem neuen Koch'schen Tuberculinpräparat T. R. nachgerühmten Erfolge (? Red.), hat Verf. dasselbe in einem Falle von Blasentuberculose in Anwendung gebracht. Der betreffende Fall schien besonders geeignet zu sein, da die Tuberculose der Blase nach den anamnestischen Angaben der Patientin noch jüngeren Datums sein mußte und nie Temperatursteigerungen aufgetreten waren, ein klinisch verwertbares wichtiges

Zeichen dafür, daß eine Mischinfection im Sinne Koch's, die nach seinen Vorschriften den Fall zur Tuberculinbehandlung ungeeignet gemacht hätte, nicht bestand. Die Injectionen des mit physiologischer Kochsalzlösung entsprechend verdünnten Präparates wurden zwischen den Schulterblättern gemacht, zuerst mit $^1/_{500}$ mg beginnend und dann ungefähr jeden dritten bis vierten Tag mit der Dosis steigend. Bei Temperatursteigerungen wurden für mehrere Tage die Injectionen ausgesetzt und erst nach völligem Abklingen der Allgemeinerscheinungen die zuletzt verabfolgte Dosis noch einmal injicirt. Daneben wurde die frühere Behandlung mit Borwasser- und Höllensteinlösungausspülungen fortgesetzt. Die Behandlung zog sich über fünf Monate hin, bis schließlich die Patientin auf 20 mg nicht mehr reagirte. Unter dieser combinirten Behandlung besserte sich im Laufe der Monate das Blasenleiden sichtbar. Der Urin wurde langsam klarer und heller, die Menge des Sediments nahm stetig ab, so daß zum Schluß nur noch eine dünne weißfleckige Wolke den Boden des Uringlases bedeckte. Die Menge der Leukocythen und Plattenepithelien wurde geringer, ebenso die Anzahl der Tuberkelbacillen; die roten Blutkörperchen verschwanden allmählich ganz aus dem Harn. Der Eiweißgehalt war schwankend und ging zuerst auf durchschnittlich 0,5 pro Mille Esbach zurück; in den letzten Wochen zeigte der Harn nur noch Spuren von Eiweiß. Neben dem Allgemeinbefinden besserte sich auch der subjective Zustand; der häufige Harndrang verlor sich, die Schmerzen beim Uriniren gingen auf ein sehr geringes Maß zurück. Bei der cystoskopischen Untersuchung am Schluß der Behandlung zeigte sich die Blasenschleimhaut im Ganzen von normaler Farbe und Injection; die geschwürigen Processe waren sämtlich überhäutet und geheilt und die Knötchen verschwunden. In den letzten 14 Tagen konnten trotz eifrigen Suchens keine Tuberkelbacillen mehr nachgewiesen werden, und die Patientin wurde in befriedigendem Zustande entlassen. Dieser Zustand hielt jedoch nur einige Monate an, dann kehrten die alten Beschwerden, wenn auch nicht in früherer Stärke, wieder, und die Patientin wurde von Neuem in die Klinik aufgenommen.

Durch die combinirte Behandlung wurde also keine Heilung, sondern nur vorübergehende Besserung erzielt, und nun scheint es noch überhaupt fraglich zu sein, ob in vorliegendem Falle die Tuberculininjectionen zu der Besserung etwas beigetragen haben; denn unter der bisherigen localen Behandlung der Blasentuberculose haben sich schon oft ebenso gute Erfolge gezeigt. Aus diesem Grunde hat Verf. das Tuberculinpräparat bei seiner Patientin zum zweiten Male nicht mehr angewendet. Lubowski.

Dr. Strauss (Barmen): **Ein Fall von tuberculösem Geschwür der Blase.** (Wiener med. Wochenschrift 1898, No. 51.)

Der vom Verf. beobachtete Fall bietet einige besondere Eigentümlichkeiten. In der Regel bildet die Blasentuberculose einen Teil der Urogenitaltuberculose, und zwar wird die Blase meist secundär, sei es vom Hoden resp. vom Nebenhoden oder von den Samenbläschen her auf dem Wege der Vasa deferentia oder durch Vermittelung der Prostata ergriffen. Im Fall

des Verf.'s scheint die Tuberculose von der Blase ausgegangen zu sein. Eigentümlich in diesem Falle ist weiterhin die Localisation der Tuberculose. Der üblichste Ort der Geschwüre ist das Trigonum und die Gegend der Blase, welche der Mündung der Ureteren und dem Blasenhalse entspricht. Im Fall des Verf.'s befand sich das Geschwür in der Mitte der vorderen Blasenwand. Eine fernere Eigentümlichkeit in vorliegendem Fall ist die örtliche Begrenzung der Tuberculose auf ein Geschwür, während doch in der Regel die Blasentuberculose eine Art Cystitis darstellt, die durch zahlreiche innerhalb der Schleimhaut, namentlich im Trigonum zerstreute und schnell zerfallende Tuberkelknötchen bedingt ist.

Die Bedeutung der Cystoskopie ist in vorliegendem Fall besonders scharf hervorgetreten: nur mit Hilfe des Cystoskops konnte die Begrenzung der Tuberculose auf ein Geschwür und die Möglichkeit einer operativen Therapie erkannt werden. Die letztere bestand in Eröffnung der Harnblase, Durchschneidung des Geschwürs, gründlicher Auskratzung desselben mit dem scharfen Löffel und Ausbrennung mit dem Glüheisen. Die äußere Wunde wurde vernäht unter Anlegung eines Drains, und durch die Harnröhre wurde ein Verweilkatheter eingeführt. Nach ca. einem Monat mußte, da die Fistel sich nicht schließen wollte, eine Nachoperation gemacht werden: die Operationswunde wurde geöffnet, die Fistel entfernt, die Blasenwunde angefrischt, mobilisirt und vernäht. Der Erfolg der Operation war ein sehr guter, trotzdem die Krankheit über fünf Jahre bestand. Lubowski.

Gravier: **Ueber Incontinentia urinae in Folge von Scheidenprolaps.** (Thèse de Paris 1898, G. Steinheil, referirt im Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 48.)

Der unwillkürliche Harnabgang bei Scheidenprolaps ist ein Symptom des beginnenden, die Harnverhaltung des ausgebildeten Prolapses. Man beobachtet die Incontinenz hauptsächlich bei Frauen in den mittleren und älteren Jahren nach häufigen und schwierigen Geburten. Die Incontinenz ist meist wechselnd; sie kann nur am Tage oder nur während der Nacht auftreten, kann fortwährend vorhanden sein und nur bei größerer Anstrengung sich einstellen. Ihre Ursache ist ein Prolaps der vorderen Scheidenwand in Folge von Dammriß oder Schlaffheit des Perineums. Wird der Prolaps durch Colporraphia anterior gehoben und der Damm durch Perineorraphie wieder hergestellt, so sind auch die Symptome der Incontinenz beseitigt. Immerwahr (Berlin).

Duncan (London): **Eine durch Hineinbringung des Cervix in die Blase geschlossene Vesico-Uterinfistel.** (The Lancet, 11. Juni 1898.)

Eine 33jährige Frau leidet seit sechs Monaten im Anschluß an einen Abort an beständigem Abgang von Urin. Man hatte eine Communication des Cervix mit der Blase constatirt und bereits einen vergeblichen Versuch

gemacht, die Fistel zu schließen. D. fand eine mit verschiedenen Zeichen abgelaufener Syphilis behaftete Frau. Die vordere Lippe des Cervix fehlte, die hintere war erheblich verlängert. Die Ränder der Fistelöffnung adhärirten fest. Da es unmöglich schien, zum Zweck des Schlusses der Fistel die Blasenwandung von dieser zu trennen, so ging D. in folgender Weise vor: Er frischte die Ränder der Fistelöffnung und die vordere Fläche der hinteren Cervixlippe an, brachte beide Flächen mit einander in Berührung und vereinigte sie durch sieben Catgutnähte in der Art, daß nunmehr der Cervixcanal in die Blase einmündete und die Fistel vollkommen geschlossen war. In die Blase wurde per urethram ein Katheter eingelegt, durch den der Urin ständig aufgefangen und die Blase zweimal täglich mit warmem Borwasser ausgespült wurde. Die Heilung verlief glatt. Nach drei Wochen erschien der Urin mit Blut vermischt. Diese Hämaturie hielt acht Tage an und verschwand dann wieder vollkommen. Es handelte sich um die nach der Blase abgeleitete Menstruation. Da durch diese eine nicht unerhebliche Reizung der Blase verursacht worden war, so empfahl D. die doppelseitige Oophorectomie. Er entfernte denn auch mit Einwilligung der Kranken beide Tuben und Ovarien in der gewöhlichen Weise. Vier Wochen später konnte Patientin entlassen werden; sie vermochte den Urin 8—9 Stunden lang zu halten. Verursacht wurde die Fistel höchst wahrscheinlich durch eine Verletzung seitens der Pflegerin bei den nach dem Abort vorgenommenen Scheidenirrigationen, welche Verletzung um so leichter zu Stande gekommen sein dürfte, als das syphilitisch afficirte Gewebe (Vulva und Vagina zeigten zahlreiche syphilitische Narben) der Perforation durch einen Fremdkörper viel geringeren Widerstand entgegenzusetzen vermag, als gesundes Gewebe.

Loewenthal.

Dr. Harris (New-York): **Suture Retained in the Bladder.** (Medical Record, 14. Januar 1899.)

Gelegentlich einer Operation zur Entfernung einer Geschwulst der Pars anterior urethrae, bei der eine Harnblasenscheidenfistel angelegt wurde, wurden zwei Nähte angelegt, um die Harnblase in ihrer Lage festzuhalten. Eine der Nähte löste sich und gelangte in die Harnblase, ohne jedoch daß man dessen gewahr wurde. Es entstand eine heftige Cystitis; bei der cystoskopischen Untersuchung entdeckte man einen Fremdkörper in der Harnblase, der entfernt wurde und sich als ein 7 Zoll langer Faden erwies. Derselbe war mit Harnsalzen total incrustirt.

Lubowski.

Dr. S. Borbély (Torda): **Beiträge zur Kenntnis des Aufbaues der Harnsteine.** (Ungarische med. Presse 1898, No. 49.)

Verf. hat zum Studium des Aufbaues der Harnsteine zahlreiche mikroskopische Untersuchungen ausgeführt und ist dabei zu folgendem Resultat gelangt:

1. Gewisse Steinformen machen beim Aufbau eine gesetzmäßige Auskrystallisirung durch. In dieser Hinsicht können die Harnsteine eingeteilt

werden a) in solche von krystallinischem Aufbau und b) in amorphe Steine. Zur ersten Gruppe gehören die dem sauren Harn entsprechenden härteren Steine, ausgenommen — doch nicht in jedem Falle — den kohlensauren Kalk.

2. Bei den Steinen der ersten Gruppe werden die Krystalle nach dem Gesetze des Kräfteparallelogramms an ihre Plätze getragen und hierbei werden sie regelrecht locirt, ebenfalls durch dieselbe Kraft, die sie hierher brachte; die gesetzmäßige Anordnung wird durch das Hinkommen andersartiger Harnbestandteile gestört.

3. Bei den Steinen der dritten Gruppe kann teils in Folge der Amorphie des Stoffes, teils in Folge der hochgradigen pathologischen Beschaffenheit der Blase die gesetzmäßige Anordnung nicht geschehen, wenigstens ist sie nicht zu finden. Lubowski.

Dr. Dsirne (Samara): **Ueber Indicationen und Contraindicationen zur Anlegung einer primären Naht auf die Harnblase nach Sectio alta. Neun Fälle von Sectio alta.** (Wratsch 1898, No. 48.)

Für gewöhnlich zieht Verf. bei der Steinoperation die Sectio mediana vor und gebraucht die Sectio alta nur in Fällen, in denen ganz besondere Indicationen vorliegen. Er verwendet bei der Sectio alta keinen Colpeurynter, auch unterläßt er das Füllen der Harnblase. Nach vorhergehender sorgfältiger Ausspülung der Harnblase bringt er den Patienten in Trendelenburg'sche Lage, in der die sich unterhalb der Symphyse hervorwälzende Harnblase leicht zu finden ist, faßt dieselbe mit zwei spitzen Haken und incidirt sie zwischen diesen letzteren. Nach Entfernung des Steines legt er auf die Harnblase eine Zweietagennaht (Katgut und Seide) an, indem er nur den unteren Winkel zur Einführung eines Drainagerohrs offen läßt. Genau in derselben Weise verfährt er mit der Wunde der Bauchdecken. Hierauf näht Verf. die Ränder des offengebliebenen Teiles der Harnblase mit den Rändern der Bauchdeckenwunde zusammen und bringt in die Harnblase ein Gummiröhrchen. Einen Dauerkatheter verwendet Verf. gewöhnlich nicht.

Was die Indicationen zur Anlegung der primären Harnblasennaht betrifft, so sind dieselben in den Fällen gegeben, in denen der Harn entweder normal oder fast normal ist, die Harnblasenwände unverändert und die Steine klein und verhältnismäßig glatt sind. In denjenigen Fällen, in denen die primäre Naht der Harnblase ungünstig angelegt wurde, stellt sich im Anfang gewöhnlich Temperatursteigerung ein, es kommt zu Suppuration und die Heilung tritt später ein, als bei offener Behandlung der Harnblasenwunde. Die sicherste und am wenigsten gefährliche Methode der primären Harnblasennaht ist die von Rasumowski bei gleichzeitiger totaler Vernähung des Cavum Retzii, welches übrigens auch bei offener Behandlung der Harnblasenwunde vernäht werden muß. Lubowski.

VIII. Ureter, Niere etc.

Dr. Kreps: **Ueber den Katheterismus der Ureteren.** (Petersburger med. Wochenschr. 1898, No. 50.)

Nach einer genauen Schilderung der Geschichte des Katheterismus der Ureteren und nach Demonstration der Instrumente von Casper, Albarran und Neumann werden vom Verf. folgende Indicationen zum Katheterismus der Ureteren aufgestellt:

1. Der Katheterismus der Ureteren entscheidet in zweifelhaften Fällen, ob Cystitis oder Pyelitis vorliegt. Die Analyse der meisten differentialdiagnostischen Momente zeigt ihre Unzuverlässigkeit unter gewissen Umständen.

2. Wenn eine Nierenerkrankung sicher vorliegt, so kann man durch den Katheterismus der Ureteren diagnosticiren, welche Niere die kranke sei, oder ob beide krank seien: auch in denjenigen Fällen, wo früher nur die Bloßlegung der Niere die Frage entschieden hat.

3. Bei sicherer Erkrankung nur einer Niere vermag meist der Katheterismus der Ureteren den Zustand der anderen Niere festzustellen.

4. Der Katheterismus der Ureteren eruirt die Existenz eines Hindernisses im Ureter.

5. Derselbe erlaubt die Diagnose der Blasen- und der Harnleiterfistel.

6. Derselbe ist im Stande, bei gynäkologischen und urologischen Operationen die Verwundung des Harnleiters zu verhüten.

7. Derselbe diagnosticirt die Existenz der zweiten Niere.

8. Derselbe kann in therapeutischer Hinsicht nützlich sein. Die Möglichkeit einer Infection ist mit absoluter Sicherheit nicht ausgeschlossen; wer jedoch die Methode gut beherrscht, wird wohl höchst selten einen durch den Katheterismus der Ureteren herbeigeführten Schaden auf seinem Gewissen haben. Li.

Dr. Borbély: **Ueber Nephrectomie und die Chirurgie der Ureteren.** (Gyogyászat, 3. December 1898. Ref. nach klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 52.)

Den Ureterenkatheterismus hält Verf. wegen der Möglichkeit einer Infection nicht für zweckmäßig; anstatt desselben empfiehlt er das Tuchmann'sche Instrument, mit welchem die eine Uretermündung derart verschlossen werden kann, daß das Secret der anderen Niere leicht getrennt abzufangen ist. Der cystoskopische Befund ist nicht immer eindeutig. Ein interessanter Beitrag zur Ureterchirurgie ist der Fall aus Israel's Abteilung. Eitrige Ureteritis mit heftigen subjectiven Beschwerden; Ursache der Ureteritis eine callöse Strictur des ersten Ureters dicht über der Einmündung

in die Harnblase. Resection des callösen Teiles und Implantation des erweiterten Ureters in die Harnblase. Heilung. Ein Stein wurde nicht gefunden, die Pathogenese blieb dunkel. Li.

Dr. Bloch und Dr. Hirschfeld (Berlin): **Ueber den Einfluss der intravenösen Harninjection auf die Nervenzelle.** (Fortschritte der Medicin 1898, Bd. XVI, Heft 22, S.-A.)

Man findet bei der intravenösen Harninjection, selbst bei nicht letalen Dosen, constant mehr oder weniger ausgeprägte Veränderungen der Vorderhornzellen, welche den Gedanken nahe legen, daß sie hauptsächlich als die Folge der Einwirkung der Harnsalze anzusehen sind. Ob die beobachteten Veränderungen ausreichend sind, um das ganze mannigfaltige Bild der experimentellen Harnvergiftung zu erklären, bezw. ob die gefundenen Zellveränderungen, welche sich nur auf eine, zudem für die Lebensfunction unwichtigere Zellform beziehen, überhaupt das Wesentliche bei der Harnvergiftung sind, lassen die Verfasser dahingestellt; ferner, ob nicht noch andere Factoren, speciell chemische, in Betracht kommen; ob es weiterhin angängig ist, mit Rücksicht auf ihre Befunde auf die Hypothese von organischen Harngiften, namentlich in pathologischen Urinen, zu verzichten, und welches von den Harnsalzen schließlich die hauptsächliche Rolle spielt und wie weit und unter welchen Umständen die Wirkung der eingeführten Wassermenge in Betracht kommt: über alle diese Dinge werden weitere Untersuchungen zu entscheiden haben. Ob es aber, auf diesem Wege weiterbauend, gelingen wird, Einblick in das complicirte Krankheitsbild der sog. endogenen Toxikosen (v. Jaksch), speciell in die als Urämie bezeichnete Retentionstoxikose, zu gewinnen: auch diese Frage kann einstweilen nur angedeutet werden. Lubowski.

Wilkinson (Manchester): **Die Prognose und Behandlung der urämischen Convulsionen und des Coma mit besonderer Berücksichtigung der senilen Niere.** (The Lancet, 4. Juni 1898.)

Das klassische Bild der Urämie weist zuweilen mannigfache Abweichungen und Eigentümlichkeiten auf. W. berichtet über zwei Fälle, einen 69jährigen und einen 47jährigen Mann betreffend, die in dieser Hinsicht sehr bemerkenswert sind. Auffallend war zunächst in beiden Fällen die erhebliche Gesichtscyanose, die zu Anfang eine cerebrale Congestion vermuten ließ, bis sich dann später herausstellte, daß Coma und Convulsionen durch eine Nierenaffection bedingt wären. Auffallend war ferner im ersteren Falle, daß der Urin ganz sichere Zeichen einer Nierenaffection eigentlich nicht aufwies, obgleich die hohe Pulsspannung, die Herzvergrößerung etc. an dem Vorhandensein einer solchen keinen Zweifel zuließen. Auch in den $2^1/_2$ Jahren, die zwischen dem urämischen Anfall und dem Exitus letalis verliefen, traten niemals weder Hydrops, noch Augenphänomene, noch

Eiweiß oder Cylinder im Urin auf, vielmehr bestand bis auf die hohe Pulsspannung und die zunehmende psychische Alteration vollkommenes Wohlbefinden. Alle diese Umstände führten W. dazu, anzunehmen, daß es sich im vorliegenden Falle um eine sogenannte „Altersniere" gehandelt habe, ein Zustand, der häufiger vorkommt, als gemeinhin angenommen wird. Im höheren Alter nimmt die physiologische Kraft wie anderer Organe, so auch der Nieren ab, und sie werden dann unfähig, im Uebermaß producirte Stickstoffsubstanzen zu eliminiren, welches Uebermaß die Folge von Luxusconsumption ist. (Auch im vorliegenden Falle handelte es sich um einen starken Esser.) Diese zurückgehaltenen Stoffwechselproducte können dann in gleicher Weise wie beim wahren Morbus Brightii urämische Erscheinungen herbeiführen, ohne daß eine eigentliche Entzündung der Nieren vorhanden zu sein braucht. In solchen Fällen vermag man auch stets durch geeignete diätetische Maßnahmen eine, oft Jahre lang anhaltende, relative Heilung zu erzielen, ohne natürlich im Stande zu sein, der fortschreitenden Altersveränderung der Nieren Einhalt zu thun. Daß derartige Folgen einer senilen Niereninsufficienz viel häufiger bei Männern als bei Frauen vorkommen, dürfte ohne Weiteres einleuchtend sein in Anbetracht der größeren Neigung und Gelegenheit der Männer zu culinarischen Excessen. W. ist ferner überzeugt, daß auch sonst sehr häufig die Veränderungen in den Nieren, die man für die Zeichen eines chronischen Morbus Brightii hält, durch gewohnheitsgemäßes Uebermaß im Essen und Trinken verursacht werden. Auf diese Weise kann auch schon in einem früheren Lebensalter jener Zustand von Niereninsufficienz zur Entwicklung gelangen, der im späteren Alter die senile Niere darstellt. Dieses trifft wohl im zweiten Falle zu. In diesem handelte es sich nämlich ebenfalls um einen starken Esser. Doch wich hier das Bild des urämischen Anfalls insofern von dem des ersteren ab, als auch Gesichtsödem, Eiweiß im Urin, Amblyopie und intensive Kopfschmerzen vorhanden waren. Coma und Convulsionen traten in gleicher Weise wie im ersten Falle auf. Doch wurde hier dauernde Heilung erzielt, und der Mann erfreut sich auch noch gegenwärtig, fünf Jahre nach dem urämischen Anfall, unter Einhaltung einer entsprechenden Diät, der besten Gesundheit.

Diese beiden Fälle zeigen, daß selbst schwere urämische Erscheinungen — und dieselben waren hier sehr schwerer Natur — für längere Zeit und selbst für die Dauer beseitigt werden können. Und thatsächlich ist die Prognose der Urämie bei seniler Niere (und verwandten Zuständen) viel günstiger als beim wirklichen Morbus Brightii. Tritt der Exitus ein, so wird er nach den Erfahrungen von W. gewöhnlich, wenn nicht durch eine intercurrente Affectiou, durch eine Hirnhämorrhagie verursacht, indem die Umstände, die zur Entwicklung von urämischen Erscheinungen führen, zugleich auch zur Entstehung pathologischer Veränderungen der Gefäße Veranlassung geben. Daß übrigens auch sonst urämisches Coma und Convulsionen ohne Nierenerkrankung vorkommen können, zeigen die entsprechenden Zustände während Gravidität und Puerperium, die häufig ebenfalls nur

durch Insufficienz der Nieren gegenüber der durch die Evolution bezw. Involution des Uterus bedingten übermäßigen Zunahme der Stoffwechselendproducte verursacht werden. Dieser Zustand ist dann ebenfalls vorübergehender Natur und die Prognose daher günstig, selbst wenn es zu einer etwas intensiveren Nierenreizung — mit Eiweiß im Urin, Oedemen etc. — gekommen ist, wie das ja auch in dem zweiten der erwähnten Fälle zutraf.

Was die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Altersniere (und verwandten Zustände von Niereninsufficienz) anbetrifft, so werden diese als fibröser Natur angegeben. Es ist indessen nicht erforderlich, daß dieselben stets die Folgen einer interstitiellen Entzündung darstellen. Vielmehr ist nach der Ansicht von W. unter den genannten Umständen die Wucherung des interstitiellen Bindegewebes durch den Reiz bedingt, den das mit Stoffwechselendproducten überladene Blut auf die Bindegewebszellen ausübt. Doch sind hierbei wohl auch tropho-neurotische Einflüsse mit im Spiel. Der Vorgang ist ähnlich der zur Sclerose verschiedener Organe führenden Reizwirkung des Alkohols und anderer Gifte.

Bei der Behandlung der genannten urämischen Zustände kommen in erster Reihe diätetische Maßnahmen in Betracht. Dieselben decken sich mit denen, die zur Verhütung dieser Zustände erforderlich sind. Am wichtigsten ist eine erhebliche quantitative Einschränkung der Nahrung, wobei die Qualität der einzelnen Speisen von geringerer Bedeutung ist. Nur sollen Alcoholica möglichst vermieden werden. Doch soll man zur Verhütung einer Concentration des Urins etwa 1200 g Flüssigkeit pro die, und zwar vorzugsweise zwischen den einzelnen Mahlzeiten, verabfolgen. Bei prolongirtem Coma soll man die Nahrungsaufnahme möglichst beschränken, indem dadurch die Wiederherstellung befördert wird.

Die zweite Indication besteht in der Begünstigung der Ausscheidung der toxischen Substanzen. Hierbei kommen in erster Reihe Purgantien in Betracht, die außer der Entfernung der Darmcontenta zugleich auch eine günstige Wirkung auf die Secretions- und Excretionsfähigkeit von Leber und Nieren ausüben. Das beste diesbezügliche Mittel ist das Calomel. Doch soll man es nur anwenden, wenn man überzeugt ist, daß keine wirkliche Nephritis vorliegt, wo es dann unter Umständen sehr gefährlich werden kann. Ueberhaupt ist in allen Fällen, wo die Niere afficirt ist, der Körper dem Quecksilber gegenüber sehr empfindlich, weshalb man auch bei den besagten insufficienten Zuständen der Niere das Calomel nur in kleinen Dosen als Purgans verabfolgen darf. Im Uebrigen ist seine Anwendung auch noch insofern von großem Nutzen, als es außerdem die hohe arterielle Spannung verringert und so die daraus resultirenden Herz-, Lungen- und Gehirnerscheinungen mäßigt bezw. beseitigt. In dieser Beziehung übertrifft das Calomel alle anderen Mittel. Wo es jedoch contraindicirt ist (bei Vorhandensein von Hydrops oder anderen nephritischen Symptomen), möge man Jalappepulver anwenden. Von besonderer Wichtigkeit ist endlich noch, daß man auch nach Beseitigung der urämischen Erscheinungen dauernd für regelmäßige und ausgiebige Defäcation sorgt.

Die letzte Indication schließlich besteht in der Beseitigung der Convulsionen. Bei hohem Blutdruck empfiehlt sich jedenfalls eine Venaesection, obgleich deren Wirkung nur eine vorübergehende ist. Doch gewinnt man hiermit Zeit zur Anwendung anderer Mittel. Von diesen verwirft W. das Morphium, die Chloroforminhalationen und die Chloralhydratklystiere, trotz ihrer unbestritten guten Wirkung deshalb, weil sie das Coma maskiren. Er wendet statt dieser mit sehr gutem Erfolg die Nitrite (Amylnitrit, Nitroglycerin) an, durch welche auch die Diurese befördert wird. Eine lebhaftere Diurese wirkt ja ebenfalls calmirend auf die Convulsionen ein. Das gilt auch für die Diaphorese, weshalb man diese ebenfalls in Gebrauch ziehen muß. Genügen hierbei nicht die üblichen Mittel (warme Einpackungen, Warmflaschen, heiße Getränke), so kann man allenfalls auch noch Pilocarpin subcutan anwenden. Doch müssen Herz und Lungen intact sein, weil sonst leicht gefährliche Zustände von Herzschwäche bezw. Lungenödem sich entwickeln. Wenn irgend möglich, soll man jedoch von der Anwendung des Pilocarpins absehen, das auch bei normalen Respirations- und Circulationsorganen in urämischen Zuständen kein ungefährliches Mittel darstellt. Jedenfalls aber soll man es nie allein, sondern stets nur in Verbindung mit den anderen diaphoretischen Maßnahmen anwenden. Loewenthal.

Dr. Kossowski: **Ueber Ausscheidung von Mikroorganismen und Fettemulsionen durch die Nieren.** (Petersb. Dissertat. Medicinskoe Obosrenie, December 1898.)

Verf. gelangte auf Grund zahlreicher Tierexperimente zu der Ueberzeugung, daß unter normalen Verhältnissen weder Fettemulsionen, noch Mikroorganismen durch die Nieren zur Ausscheidung gelangen. In denjenigen, sehr spärlichen Fällen, in denen man in den Nieren Mikroorganismen entdecken konnte, die zuvor in das Blut eingeführt waren, handelte es sich um Continuitätstrennungen des Capillarnetzes der Nieren. Bezüglich des Fettes ist jedoch zur Annahme Grund vorhanden, daß es bisweilen durch die Nieren ausgeschieden wird, nämlich wenn größere Fettquantitäten mehrmals hintereinander in das Blut gelangen. Li.

Dr. Arthur Goff (Dublin): **The Treatment of Haematuria by Cantharides.** (British Medical Journal, 19. November 1898.)

Angeregt durch den von Beven mitgeteilten Fall von erfolgreicher Behandlung von Hämaturie mit Canthariden hat Verf. dieses Mittel in folgendem Falle angewandt: Die 52jährige Patientin bemerkte, daß sie mit dem Harn große Blutquantitäten entleere; sonst bestanden weder Schmerzen, noch Empfindlichkeit in der Lumbalgegend. Temperatur normal; Puls 100, weich. Kein Oedem der Augenlider etc. Die Patientin fühlte sich bis auf den Tag, an dem sie zum ersten Male das Blut im Harn wahrgenommen hat, völlig wohl. Der Harn, obgleich etwas geringer an Quantität als gewöhnlich, war nicht knapp. Da das Blut nicht vor und nicht nach dem

Urinlassen, sondern mit dem Urin vermengt kam, so nahm Verf. an, daß die Hämaturie renalen Ursprungs war. Er verordnete Bettruhe, Diät und eine Mixtur von Extr. liqu. ergot. und liqu. strychn. Letztere wurde acht Tage hindurch genommen, jedoch ohne daß die Hämaturie auch im geringsten beeinflußt wurde, und so entschloß sich Verf., Canthariden anzuwenden, und zwar nach der von Beven gegebenen Vorschrift. Nach 24 Stunden stand nun die Blutung vollkommen und kam nicht mehr wieder. Li.

Demons: **Hématuries rénales, dites essentielles, rebelles au traitement médicale.** (XII. Congrès français de chirurgie, séance du 21. octobre 1898. La semaine médicale 1898, No. 53.)

In der Frage der Behandlung gewisser schwerer, hartnäckiger Hämaturien herrscht bis jetzt noch keine einheitliche Stimmung. Bei einem großen Teil der Patienten liegt der Ausgangspunkt der Blutung in einer Niere, ohne jedoch daß irgend eine der üblichen Ursachen zur Erklärung herangezogen werden kann, wenn es auch Fälle giebt, in denen nach wiederholter sorgfältiger Untersuchung doch eine Nierenaffection festgestellt wird, durch welche sich die als essentiell betrachtete Hämaturie erklären und die einzuschlagende Therapie bestimmen läßt. Bleibt aber die klinische Untersuchung resultatlos, so ist unverzüglich zur Nephrotomie zu schreiten, an die nötigenfalls die Nephrectomie direct angeschlossen werden kann, vorausgesetzt natürlich, daß die andere Niere gesund ist. Li.

Dr. Debersaques (Brüssel): **Ein Fall von essentieller Nierenblutung. Nephrotomie. Heilung.** (Allgemeine Wiener medicinische Zeitung 1898, No. 43.)

Der 38jährige Patient mit sonst durchaus negativer Anamnese leidet seit 20 Jahren an Schmerzen in der linken Bauchseite; der Urin soll normal gewesen sein. Blut trat in ihm in geringer Menge und intermittirend erst seit acht Jahren auf. In den letzten drei Jahren haben die Schmerzen einen sehr heftigen und paroxysmalen Character angenommen. Sie begannen regelmäßig in der linken Nierengegend und strahlten in die Genitalien aus. Gleichzeitig stellte sich Hämaturie ein; dieselbe fiel immer mit einer Periode der Exacerbation zusammen, sei es, daß das Blut unmittelbar vor einem Anfall oder unmittelbar nach demselben reichlich im Harn auftrat. In den Intervallen aber war der Urin von normaler Farbe und normaler chemischer Zusammensetzung.

Der Allgemeinzustand hatte seit der häufigen Wiederkehr dieser Krisen sehr gelitten. Das Körpergewicht hat im Verlauf der letzten 15 Monate um 12 kg abgenommen. Eine sorgfältige Untersuchung der Harnblase ergab keine Veränderung. Die Palpation der linken Nierengegend in Narcose ließ eine normal große, leicht bewegliche Niere erkennen. Leichter Druck namentlich gegen den Hilus hin war schmerzhaft. Nephrotomie: Die Niere war von normaler Größe, die Kapsel zart, und nach deren Incision zeigte sich

hyperämisches Nierengewebe. Bei Palpation des Hilus fand sich kein Fremdkörper vor. Die Niere wurde an ihrem convexen Rande bis zum Nierenbecken, welches leer war, durchschnitten. Die Untersuchung des Nierengewebes nach verschiedenen Richtungen auf Steine und der Katheterismus der Ureteren ergaben ein völlig negatives Resultat. Catgutnaht der Niere und der Kapsel. Zum Schluß Fixirung der Niere. Bei der Operation nur ganz geringe Blutung. Am ersten Tage war der Harn etwas bluthaltig, dann normal. Heilung per primam. Seit der Operation sind nun drei Wochen verstrichen, und bis jetzt ist auch nicht die Spur eines Anfalles aufgetreten. Li.

Dr. Philips: **A Unique Specimen of Kidney Malformation.** (Medical Record, 12. November 1898.)

Das Präparat stammte von einem 36jährigen, an chronischem Alkoholismus zu Grunde gegangenen Mann, dessen Krankengeschichte in Bezug auf den Urogenitalapparat unbekannt war. Auf jeder Seite befanden sich je zwei Ureteren, die von besonderen Nierenbecken ausgingen. Die obere Portion jeder Niere war hydronephrotisch und die mit diesem Teil communicirenden Ureteren waren erweitert, verdickt und gewunden. Diese letzteren communicirten unten weder mit der Harnblase, noch mit der Urethra und endeten blind in eine kleine Tasche unterhalb des Trigonum. Diese kleine, sackähnliche Höhle wurde durch Druck von Seiten des eingeschlossenen Harnes scheinbar immer weiter und weiter in das Gebiet des Trigonum verlängert, bis sie in der Harnblase an der Basis derselben mündete. Der untere Teil jeder Niere war vollkommen normal. Auf jeder Seite befand sich zwischen der Rindensubstanz des oberen und des unteren Nierenteiles ein kleiner Streifen von Bindegewebe. Die Ureteren der unteren Teile der Nieren waren in jeder Beziehung normal. Lubowski.

Dr. Ringel: **Beitrag zur Diagnose der Nephrolithiasis durch Röntgenbilder.** (Centralbl. für Chirurgie 1898, No. 49.)

Die ersten Aufnahmen von Nierensteinen sind von Leichen gewonnen, denen die Concremente in die betreffenden Organe künstlich hineingelegt waren. Im Laufe der Zeit ist es dann gelungen, Bilder von Nierensteinen und Blasensteinen von Lebenden zu erhalten, aber nur in vereinzelten Fällen, während die Mehrzahl der Bilder von Patienten, die zum Teil recht große Concremente in ihrem Nierenbecken beherbergten, ein negatives Ergebnis lieferte. Der Unterschied dieser Resultate konnte nicht etwa durch eine Verschiedenheit der Güte der einzelnen Bilder erklärt werden, da auch bei den Bildern der letzten Gruppe die einzelnen Contouren der Wirbelkörper bis in die Details deutlich sichtbar waren. Verf. hat deshalb versucht, die Ursache für die Verschiedenheit der Resultate auf experimentellem Wege zu finden und kann die Frage heute dahin beantworten, daß sie auf der chemischen Verschiedenheit der Nierensteine beruht. Außerdem unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß die Verhältnisse für Röntgenaufnahmen gerade

von Concrementen in der Niere bei Leichen außerordentlich viel günstiger liegen, als bei Lebenden. Denn einerseits verharren durch den Ausfall der Atmung die Organe in absoluter Ruhelage, andererseits befindet sich bei der Leiche der Stein in einem leeren Nierenbecken, während Nierenconcremente bei Lebenden wohl stets von Flüssigkeit, sei es Urin, Eiter oder Blut, umspült sind. Trotzdem wird man in Fällen, wo es sich um Oxalatsteine im Nierenbecken handelt, stets auf ein positives Resultat rechnen dürfen. Anders verhält es sich schon bei den Harnsäuresteinen. Hier wird man nur unter besonders günstigen Verhältnissen von Lebenden ein positives Bild bekommen, sei es, daß es sich um ein sehr mageres Individuum handelt oder daß die Localverhältnisse im Nierenbecken, bedingt durch irgend welche Zufälligkeiten, gerade sehr günstig liegen. Die Phosphatsteine sind natürlich noch weniger wie bei der Leiche sichtbar. Nun ist eine bekannte Thatsache, daß die Häufigkeit der erwähnten drei Arten von Nierensteinen im umgekehrten Verhältnis zu ihrer Undurchlässigkeit für Röntgenstrahlen steht, d. h. in den meisten Fällen von Nephrolithiasis handelt es sich um Phosphatsteine, seltener um Harnsäuresteine, ganz selten um Oxalatsteine. Wir haben hier somit eine vollständig genügende Erklärung dafür, daß es in so wenig Fällen glückt, Bilder von Nierensteinen bei Lebenden zu bekommen, während andererseits klinisch sichere Fälle von Nephrolithiasis actinographisch nicht verwertbar sind. Hier darf man sich nur des positiven Resultates bedienen, und müssen wir davor warnen, eine klinisch gesicherte Diagnose durch das negative Röntgenresultat umzustoßen. Lubowski.

Morton (Bristol): **Ein Fall, in welchem ein Nierenstein nach dem Schwinden aller Symptome mittelst der Röntgenstrahlen entdeckt und erfolgreich entfernt worden ist.** (The Lancet, 4. Juni 1898.)

Ein Knabe wurde in das Hospital mit dem typischen Bilde einer Nephritis calculosa eingeliefert. Unter anhaltender Bettruhe gingen indessen die Symptome vollkommen zurück, so daß man annehmen mußte, daß der oder die Steine durch den Ureter in die Blase und von hier unbemerkt durch die Urethra nach außen gelangt sind. Das Röntgenbild zeigte aber einen deutlichen Schatten in der Höhe der 12. Rippe, $1^1/_4$ Zoll links von der Wirbelsäule. Dieser Schatten war nach acht Tagen unverändert, so daß kein Zweifel sein konnte, daß es sich um einen Nierenstein handelte. Trotz des Wohlbefindens des Knaben schritt M. nach neun Tagen zur Nephrotomie. Er fand den Stein genau an der Stelle, die das Röntgenbild angegeben hatte. Nach Extraction des Steines konnte M. mit dem Finger in den dilatirten Calix gelangen, in welchem der Stein gelegen hatte, und von hier in das Nierenbecken, so daß er die Spitzen der Pyramiden zu fühlen vermochte. Eine sorgfältige Sondenuntersuchung ergab, daß kein weiterer Stein in der Niere vorhanden war. Es trat vollständige Genesung ein. Der extrahirte Stein war ein typischer Oxalatstein, $^3/_4$ Zoll lang, $^1/_4$ Zoll breit und mit einem $^1/_3$ Zoll langen Fortsatz versehen. Das Schwinden der Symptome ist wahr-

scheinlich darauf zurückzuführen, daß der Stein, der sich ursprünglich in einem Calix gebildet hatte und von hier in das Nierenbecken gelangt war (wonach die Symptome zum Vorschein kamen), nunmehr wieder in die Calixtasche zurückgefallen war. Loewenthal.

Dr. Fabricius (Wien): **Zwei Präparate von Hydronephrose.** (Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 49.)

Das erste Präparat stammt von einer 45jährigen Patientin. Vor zwei Jahren stellten sich durch einige Zeit heftige Schmerzen im Bauche, Uebelkeiten und Erbrechen ein. Vor 14 Tagen kamen diese Beschwerden wieder, besonders dann, wenn die Kranke sich auf die rechte Seite legte. Das Erbrechen war anfangs schleimig, dann gallig und kurze Zeit auch blutig gefärbt. Stuhl und Harnentleerung waren normal, doch enthielt der Urin Spuren von Eiweiß. Es fand sich handbreit unter dem linken Rippenbogen eine anscheinend länglich-ovale, prall gespannte und undeutlich fluctuirende, kindskopfgroße Geschwulst, welche unter dem Magen gelegen ist, sich deutlich nach auf- und abwärts bewegt, jedoch nur wenig seitlich verschieben läßt. Am unteren Pol dieser Geschwulst ist gedämpfter Percussionsschall vorhanden. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hydronephrose. Bei der Operation (Director v. Erlach) fand sich ein ungefähr 1 l Flüssigkeit enthaltender cystischer Tumor der linken Niere. Der obere Pol der Niere war herabgesunken und lag etwas tiefer als der untere Pol, wo der Ureter in das Nierenbecken mündete. Dadurch war die Ureterknickung und Harnstauung veranlaßt.

Das zweite Präparat stammt von einer 42 Jahre alten Patientin, welche die Geschwulst seit 20 Jahren im Leibe bemerkte. Es fand sich ein über mannskopfgroßer, cystischer, deutlich fluctuirender Tumor, der mehr die linke als die rechte Hälfte des Abdomens ausfüllte und ziemlich hoch hinauf, fast bis unter die Rippenbogen reichte. Das linke und mit großer Wahrscheinlichkeit auch das rechte Ovarium war zu tasten, so daß die Diagnose Ovarialcyste, mit der die Kranke der Anstalt zugesendet wurde, sehr in Frage gestellt wurde. Die rechte Niere war deutlich, die linke weniger deutlich zu palpiren. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hydronephrose. Die vom Verf. vorgenommene Laparotomie ergab, daß es sich um einen cystischen retroperitonealen Tumor handelte, der das Colon descendens nach vorn gegen die Bauchwand zu drängte. Das den Tumor überziehende Peritoneum wurde gespalten, der Tumor punctirt, hierauf ausgelöst und der Stiel unterbunden. das rückwärtige Peritonealblatt wurde an das vordere angenäht, die Bauchhöhle auf diese Weise abgeschlossen und ein Gazestreifen in die Höhle eingeführt. Der Verlauf war normal. Li.

Dr. Paul Sendler (Magdeburg): **Ueber Indicationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Nieren.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 5 und 6.)

Verf. legt in vorliegender Arbeit seine auf Grund von 50 Nierenoperationen gewonnenen Anschauungen dar; es waren darunter 7 Nephrectomien,

14 Nephrotomien, 2 Nephrolithotomien, 1 Resection der Kapsel, 6 Operationen perinephritischer Abscesse, 1 Echinococcusoperation, 7 Nephropexien, 3mal diagnostische Freilegung der Niere. 8 Operationen von Nierenfisteln. 1 Probelaparotomie. Nur einmal trat im Anschluß an die Operation der Tod ein. Was zunächst die Nephrectomie anlangt, so hatte Czerny auf dem internationalen Congreß zu London dieselbe für zulässig erklärt bei Verletzungen, Wanderniere, Pyonephrose, Nierensteinen, bei Cysten und Hydronephrosen, bei Tumoren, bei Ureterfisteln, sobald die Existenz des Individuums gefährdet ist und andere Behandlungsmethoden im Stich lassen, vorausgesetzt, daß die andere Niere gesund ist. Im Großen und Ganzen gilt noch heute diese Indicationsstellung, nur daß man im Allgemeinen zurückhaltender geworden ist. Den Czerny'schen Indicationen ist nach Verf. als gesonderte hinzuzufügen die Tuberculose der Niere, die er unter die Eiterprocesse mit einbegreift. Was die Verletzungen der Niere anbetrifft, so ist die Entfernung des Organs geboten, wenn durch die Blutung eine Gefahr verursacht wird und jene nicht durch Naht, Unterbindung, Umstechung oder Tamponade beherrscht werden kann; ferner bei schweren Zermalmungen der Niere; in einzelnen Fällen wurde bei ausgedehnteren Zerstörungen die Resection der Niere mit Erfolg gemacht. Ein Fall des Verf.'s, schwere percutane Nierenquetschung und Hämaturie bei 14jährigem Knaben, wurde unter exspectativer Behandlung geheilt. Was die Wanderniere anlangt, so hält es Verf. für gänzlich unerlaubt, eine gesunde oder wenig veränderte Wanderniere zu exstirpiren; bedingt eine Wanderniere so bedeutende Beschwerden, daß der Lebensgenuß gestört, die Stimmung gedrückt und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt oder aufgehoben ist, so ist die Nephropexie indicirt, welche gegenwärtig eine durchaus ungefährliche Operation ist. Erst in zweiter Linie kommt nach Verf. die Nephrectomie in Frage bei den Nierenciterungen, den Steinnieren und den Hydronephrosen. Da die eitrigen Entzündungen sowohl wie die Lithiasis oft beide Nieren befallen, so muß man in der Entfernung functionsfähigen Nierengewebes möglichst vorsichtig sein; es ist schwer, mit Sicherheit zu sagen, ob die andere Niere für den Ausfall eintritt; principiell muß bei einer Nephrectomie der Nachweis des Vorhandenseins und der Gesundheit der zweiten Niere gefordert werden. Daher macht man bei den genannten Krankheiten gegenwärtig zunächst nur die Nephrotomie, erst wenn diese keine Heilung herbeiführt, kommt die secundäre Nephrectomie in Frage, man hat in der Zwischenzeit ja auch ein Urteil über die Beschaffenheit der anderen Niere gewonnen.. Unter 14 außer der erwähnten ausgeführten Nephrotomien mußte Verf. nur in zwei Fällen nachträglich die erkrankte Niere exstirpiren, worauf dauernde Heilung eintrat (beide Mal lag Tuberculose vor). Von den übrigen 12 Kranken heilten 7 glatt, bei den übrigen 5 waren mehrfache Nachoperationen erforderlich. Bei primärer Tuberculose einer einzelnen Niere ist die Nephrectomie indicirt (falls die andere Niere gesund und leistungsfähig ist). In einem Fall (30jähr. Frau), welcher von hervorragenden inneren und gynäkologischen Untersuchern als geeignet für die Nephrectomie bezeichnet worden war — man

glaubte die andere Niere als gesund annehmen zu dürfen — trat am fünften Tage nach der Nephrectomie der Exitus ein, Urinsecretion nach der Operation war fast nicht vorhanden gewesen. Es zeigte sich, daß die für gesund gehaltene Niere zum größten Teil in eine mit gelblichem Atherombrei gefüllte Cyste mit dünner schlaffer Wandung verwandelt war. Die Nephrolithiasis erheischt den chirurgischen Eingriff, wenn sich Symptome einstellen, die auf einen Steinverschluß des Ureters deuten, oder eine Entzündung des Nierenbeckens, eine Pyelitis calculosa, eine Pyonephrose oder Pyelonephritis annehmen lassen; bei der Operation gelten die oben entwickelten Grundsätze; man wird meist mit der Nephrolithotomie auskommen; erst wenn diese nicht zum Ziel führt, ist die Nephrectomie gerechtfertigt, als primäre Operation darf sie nur gemacht werden, wenn wenig oder gar kein secretionsfähiges Gewebe übrig geblieben ist. Auch bei der Hydronephrose hat man neben der Heilung der Erkrankung die Erhaltung des Organs im Auge zu behalten. Ebenso verlangt der Echinococcus der Niere im Allgemeinen ein conservatives Vorgehen; das Normalverfahren besteht in der Incision und Drainage des eingenähten Sackes. Unter Umständen kann auch eine partielle Nephrectomie und bei großen Zerstörungen selbst eine totale Exstirpation indicirt sein. Bei malignen Neubildungen ist die Totalexstirpation notwendig. Verf. hat drei Fälle derart operirt, in welchen die unmittelbaren Erfolge der Operation gut waren; jedoch gingen alle drei Patienten sehr bald an Recidiven resp. Metastasen zu Grunde. Bei frühzeitiger Diagnose und frühzeitiger Operation würden in solchen Fällen die Resultate wahrscheinlich erheblich befriedigender sein. Bei gutartigen Geschwülsten wird die Therapie selbstverständlich durchaus conservativ sein; in einem solchen Fall hat Verf. bei einem jungen Mädchen ein Lipom der Nierenkapsel mit glattem, ungestörten Verlauf durch Resection entfernt. Bei Ureterfisteln mit queren Durchtrennungen kommt nach Verf. zur Zeit nur die Nephrectomie in Frage, die Naht des Ureter hat bis jetzt nicht zum Ziel geführt. Auch die Einnähung des centralen Endes in das Rectum oder in die Bauchwand hat nicht den erhofften Nutzen gebracht; hierbei liegt überdies noch die Gefahr der ascendirenden Pyelitis vor. Was die Nierenoperationen selbst anlangt, so ist die Normalmethode die extraperitoneale lumbale; die Laparotomie kommt nur für Ausnahmefälle in Betracht, z. B. für besonders große Geschwülste, die sich nach der vorderen Bauchwand zu entwickelt haben. Bei allen eitrigen Erkrankungen der Niere ist die Laparotomie wegen der Gefahr der peritonealen Infection eo ipso ausgeschlossen. R. L.

Dr. Steinthal: **Beitrag zur Casuistik des Nierencarcinoms.** (Medicin. Correspondenzbl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins 1898, No. 39.)

1. Bei der 39jährigen Frau entwickelte sich innerhalb zweier Jahre eine Geschwulst, die zur Hälfte im linken Hypochondrium und zur Hälfte im linken Hypogastrium fühlbar war und vom Nabel bis zur Wirbelsäule reichte. Operation zweizeitig wegen schlechter Herzthätigkeit, leichter

Temperatursteigerung und geringen Hämoglobingehalts des Blutes. Exstirpation der Niere und 3—4 Tage später Exstirpation der Kapsel. Erfolg gut. Die rechte Niere war gesund und hat die Function der linken Niere übernommen.

2. Bei dem 22jährigen Patienten, bei dem schon im 7. Lebensjahre eine vorübergehende Nierenblutung aufgetreten war, traten plötzliche Blutung und Trübung des Urins auf. Operation. Der Tumor konnte leicht entfernt werden, doch fanden sich inoperable Metastasen auf der A. und V. spermatica. Trotzdem erholte sich der Patient, und die Blutungen haben bis jetzt aufgehört.

In beiden Fällen ergab das Mikroskop Carcinom. Li.

Dr. Spitzer: **Ein Fall von Morbus Addisonii.** (Demonstration im Wiener medicinischen Club am 16. November 1898. Klinisch-therap. Wochenschr. 1898, No. 97.)

Es handelt sich um einen 30jährigen Gelbgießer mit vor 12 Jahren acquirirter und nicht behandelter Syphilis und wiederholten Anfällen von Gußfieber in der Anamnese. Er wurde auf die Klinik mit zahlreichen Gummen am Kopfe, an der Brust und luetischer Arthritis, sowie brauner Pigmentirung des ganzen Körpers aufgenommen. Andere Symptome des M. Addisonii waren nicht vorhanden. Eine tuberculöse oder luetische Affection wurde zwar vermutet, jedoch nicht mit Sicherheit festgestellt. In diesem Fall könnte auch eine Combination des M. Addisonii mit Arsenmelanom angenommen werden, da Gußfieber von manchen Autoren auf Arsenwirkung zurückgeführt wird. M. L.

Prof. F. Schultze (Bonn): **Ueber die Melanoplakie der Mundschleimhaut und die Diagnose auf Morbus Addisonii.** (Deutsche med. Wochenschr. 1898, No. 46.)

In den nicht seltenen Fällen, in denen die Diagnose der Addison-schen Krankheit unsicher ist, gilt eine gleichzeitig vorhandene Pigmentirung der Mundhöhlenschleimhaut als wichtig zur Stützung der Diagnose. Neusser z. B. läßt auch solche Fälle von Morbus Addisonii zu, bei denen Schleimhautpigmentirungen ohne gleichzeitige Hautverfärbung vorhanden sind. Wenn diese Auffassung im Allgemeinen durchaus richtig ist, so ist nach Verf. andererseits daran festzuhalten, daß die Melanoplakie der Mundschleimhaut sowohl ohne sonstige erkennbare Zeichen der Addison'schen Krankheit vorkommt, als auch ohne daß man irgend eine sonstige Erkrankung der Mundschleimhaut oder Reste einer solchen vorfindet. Ferner kommt die Pigmentirung der Mundschleimhaut bei gewissen chronischen Erkrankungen. In einem Fall von Magencarcinom (die Diagnose konnte freilich weder durch die Operation noch durch die Obduction gesichert werden) fanden sich in der Gegend des Ueberganges des weichen Gaumens in den harten einige schwärzliche, unregelmäßig begrenzte Pigmentflecke. In einem anderen Fall (54jähr. Arbeiter mit Erguß in der Bauchhöhle), wo die Dia-

gnose zwischen chronischer Peritonitis und Lebercirrhose schwankt, fanden sich in der Schleimhaut des weichen Gaumens mehrere größere schwärzlichbraune Flecke. Ein dritter Fall betraf einen 40jährigen Mann mit Cholelithiasis (von Prof. Riedel später operirt), der gleichzeitig die Symptome einer beginnenden tuberculösen Lungenerkrankung darbot. Bei dem Patienten war die Haut, besonders im Gesicht, gelbbräunlich, auch am Körper schmutziggelblich, aber ohne icterische Färbung der Sclera und ohne eigentliche Bronzefärbung. In der Schleimhaut des Zahnfleisches fanden sich ziemlich große graubraune Pigmentflecke, ebenso in der Wangenschleimhaut. Später trat eine Hodentuberculose hinzu. Durch die tuberculösen Symptome erhält in diesem Fall die Annahme einer Addison'schen Erkrankung eine gewisse Wahrscheinlichkeit; die übrigen Zeichen der Krankheit fehlen aber bisher. Solche Fälle zeigen nach Verf., wie schwierig und unsicher oft die Diagnose des Morbus Addisonii ist. Als Basis der Diagnose ist nach Verf. die durch keine anderweitige Ursache, wie Icterus, Ekzeme, Arsenmelanose etc. hervorgebrachte Bronzefärbung der Haut und gewisser Schleimhäute, besonders des Mundes und der Conjunctiven, zu betrachten. Fehlt diese oder ist nur Melanoplakie der Schleimhäute ohne bekannte Ursache vorhanden, so ist auch bei dem Vorhandensein der anderen zum Krankheitsbilde gehörigen Symptome, nämlich Anämie, zunehmender Schwäche und gastrointestinaler Erscheinungen, die Diagnose nur vermutungsweise zu stellen, und auch das nicht, wenn sonstige Ursachen für die Störungen sich nachweisen lassen; ist Tuberculose eines Organs vorhanden, so gewinnt die Diagnose in klinischer wie in anatomischer Beziehung (Tuberculose der Nebennieren) etwas an Wahrscheinlichkeit, wird aber durch die bei Tuberculose sonst vorhandene Schwäche und Magendarmerscheinungen andererseits wieder erschwert. In einem Fall, wo die sämtlichen klinischen Symptome des Morbus Addisonii: Adynamie, Anorexie, Anämie, Erbrechen und Diarrhoe vorhanden waren, ergab die Autopsie das Vorhandensein einer Magendarmerkrankung; eine nachweisbare Erkrankung der Nebennieren bestand nicht.

R. L.

Anderson (Greenwich): **Morbus Addisonii ohne Hautpigmentation mit miliarer und alter Lungentuberculose.** (The Lancet, 18. Juni 1898.)

Ein 14jähr. Knabe war vor drei Wochen an Husten mit Expectoration, zunehmenden Schmerzen im Abdomen, Obstipation und häufigem Erbrechen erkrankt. Bei der Untersuchung präsentirt sich ein blasser, stark abgemagerter Knabe mit rhachitischem Thorax. Die Gegend über beiden Lungenspitzen ist stark retrahirt, catarrhalische Phänomene sind aber nur über den mittleren und unteren Lungenlappen hörbar. Sonst ist an Lungen und Herz nichts Besonderes zu constatiren. Das Abdomen ist retrahirt und gegen Berührung, besonders im linken Hypochondrium, empfindlich. Im Uebrigen waren auch hier keinerlei Abnormitäten festzustellen. Schmerzen und Erbrechen blieben unverändert, ebenso die allgemeine Körperschwäche, die Obstipation wurde

durch Abführmittel bekämpft. 12 Tage nach der Aufnahme stellte sich plötzlich heftige Dyspnoe mit erheblicher Cyanose ein und es erfolgte nach zehn Minuten der Exitus. Bei der Autopsie fand man um beide Lungen alte Adhäsionen und die linke Pleura erheblich verdickt. Beide Lungen waren ferner, besonders in den oberen Lappen, von miliaren Tuberkeln durchsetzt; an der Basis des linken oberen Lappens befanden sich außerdem zwei haselnußgroße, dickwandige Cavernen. Bronchialdrüsen vergrößert und pigmentirt, aber nicht verkäst; ebenso die Mesenterialdrüsen. Abdominalorgane congestionirt, aber ohne Adhäsionen und Tuberkel. Die Nebennierenkapseln beiderseits verdickt und fest adhärirend. Beide Nebennieren sind auf das Vierfache vergrößert und in käsige (mikroskopisch structurlose) Massen umgewandelt. Das periphere Gewebe der Nebennieren zeigt mikroskopisch den typischen tuberculösen Character mit vielkernigen Riesenzellen.

Es handelte sich also um einen typischen Fall von Morbus Addisonii, bei dem nur der gänzliche Mangel selbst der geringsten Hautpigmentation bemerkenswert war. Die Diagnose intra vitam kann sich in solchen Fällen auf die extreme Körperschwäche, Abmagerung, Appetitmangel, Erbrechen, anhaltende Schmerzen im Abdomen und den kleinen rapiden Puls (der im vorliegenden Fall ebenfalls vorhanden war) stützen. Weshalb zuweilen, wie auch in diesem Fall, die Pigmentation vollständig fehlt, vermag A. nicht zu erklären. Das wird wohl auch erst dann festgestellt werden können, wenn man über die Ursache der Pigmentation bei Morbus Addisonii überhaupt näheren Aufschluß erlangt haben wird. Die übrigen Erscheinungen des Morbus Addisonii lassen sich übrigens wohl aus dem Mangel der inneren Secretion den Nebennieren erklären, so daß diese Theorie sehr viel Wahrscheinlichkeit für sich hat. Loewenthal.

IX. Technisches.

Dr. Winfield Ayres: **A new Electric Urethral Sound.** (The New York Medical Journal, 24. September 1898.)

A. demonstrirte in der Sitzung der „Society of Alumni of Bellevue Hospital“ am 1. Juni 1898 eine neue Urethralsonde zur electrolytischen Behandlung der Harnröhrenstricturen. Die dem Fort'schen wie Newman's Instrument anhaftenden Mängel will er durch eine Verbesserung des letzteren beseitigt haben; die Strictur wird an ihrem ganzen Umfang und nicht nur an einer Seite mit der Electrode in Contact gebracht, das gesunde Gewebe bleibt unberührt. Auch hat das neue Instrument den Vorzug, daß eine beträchtliche Stärke des electrischen Stromes Verwendung finden kann (bis zu 50 M.-A.). Blanck (Potsdam).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

Pharmaceutische Producte:

Protargol.

Ein neues

Silberpräparat

zur Behandlung der

Gonorrhoe und zur Wundbehandlung.

Hohe bactericide Eigenschaften bei absoluter Reizlosigkeit.

Vide Neisser, Dermatolog. Centralblatt I, 1897.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei: Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata, Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen, Operationswunden, scrophul. Geschwüren, Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric. pulv. a. p. aequ., als 3—5% Salbe und als Collodium spec. für Schnittwunden.

Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen: **Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis, Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans, venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme, Ozaena, Psoriasis.**

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz und in 5—10% Salbe.

CHINOSOL in Tabletten à 1 gr, ½ gr, ¼ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: **Wundbehandlung, geburtshülfliche Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,** für **antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,** ferner bei **Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.**

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., chemische Fabrik.

Hamburg-U.

Practischer als Suspensorien erwiesen sich

Beiersdorf's elastische Pflaster-Suspensionsbinden

nach Angabe von Dr. Karl Gerson, Berlin,

gegen Epididymitis, Varicocele und Hodentumoren, **speciell prophylaktisch bei Gonorrhoe.** Als besondere Vorzüge den Suspensorien gegenüber führen wir folgende an:

1. **Höhere Suspension der Testikel.**
2. **Grössere Ruhigstellung derselben.**
3. **Gleichmässiger Druck auf den Testikel und seine Häute, welcher ersterer der höheren Anlegung entsprechend steigt.**
4. **Grössere Billigkeit, da zwei Binden, für je zwei bis drei Wochen ausreichend, 80 Pf., für Kassen 75 Pf. kosten.**

Gerson, Dermatol. Centralblatt, Heft IV, 1897.
Derselbe, Berl. klin. Wochenschr., No. 3, 1898, Vortrag, Lassar, Frank Discussion.
Friedländer, Dermatol. Zeitschrift, Bd. V, Heft 4.

In Berliner Krankenhäusern ständig gebraucht.

P. Beiersdorf & Co., Chemische Fabrik Pharmaceutischer Präparate, Hamburg-Eimsbüttel.

Verlag von OSCAR COBLENTZ, Berlin W. 35.

Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten

von

Dr. R. Ledermann, Berlin.

Preis elegant gebunden **Mk. 3,—.**

Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation

von

Dr. Alfred Lanz,

Privatdocent an der Universität in Moskau.

Mit einer Lichtdrucktafel. Preis **Mk. 7,50.**

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infectiösen Krankheiten der Harnorgane

von

Dr. Thorkild Rovsing,

Priv.-Doc. f. Chirurgie an der Universität in Kopenhagen, Chirurg am Königin Louisen-Kinderhospital und an der chirurg. Klinik des roten Kreuzes.

Autorisirte Uebersetzung aus dem Dänischen. Preis **M. 7,—.**

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren

von

Dr. Leopold Casper,

Privat-Docent an der Universität Berlin.

Preis Mk. 1,80.

Fig. 1.

Fig. 2.

Monatsberichte ü. d. Gesammtleist. a. d. Geb. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexual-Apparates. 1899 Heft 4.

Lith. V. Uwira.

Ueber einen seltenen Fall von Tuberculose der Harnblase.

Mit photographischen und nach der Natur gemalten Abbildungen.

Von

Dr. **Blanck**, Potsdam.

Seit der Erforschung dunkler Blasenleiden durch das Cystoskop und der operativen Inangriffnahme tuberculöser Processe der Blase haben sich die Publicationen über Fälle von Tuberculose der Harnblase vermehrt. Leider sind dieselben nicht immer für eine cystoskopische Untersuchung geeignet, die excessive Schmerzhaftigkeit und die pathologischen Veränderungen der Blasenwand inhibiren häufig jegliche Exploration. Immer wieder muß daher die frühzeitige Diagnose dunkler, schmerzhafter Affectionen der Blase gefordert werden, da von einer solchen die Möglichkeit der Heilung abhängt. Meist ist dann auch noch die Cystoskopie zu ermöglichen, unser wertvollstes Hilfsmittel bei der Erforschung von Blasenleiden, über deren Natur die übrigen diagnostischen Untersuchungsmittel oft keine Auskunft zu geben vermögen. Folgender Fall von primärer Tuberculose der Harnblase bietet in seinem Verlaufe und seinem Befunde soviel Abweichungen vom Gewöhnlichen, daß ich ihn der Publication für wert erachte.

Die 28jährige Patientin, deren Vater an Phthisis pulmonum gestorben ist, hat als Kind die Masern überstanden und ist bis zu ihrer Verheiratung, welche in ihrem 18. Lebensjahre stattfand, stets gesund gewesen. Sie ist Mutter zweier angeblich kränkelnder Mädchen und hat dreimal Frühgeburten durchgemacht. Vor nunmehr zehn Jahren setzten Harnbeschwerden ein in Gestalt eines quälenden Harndranges und starker Schmerzen bei der Miction. Unter ärztlicher Behandlung besserte sich der Zustand, um nach der Geburt des ersten Kindes im

Jahre 1889 ab und zu Verschlechterungen zu zeigen. Wegen einer Endometritis wurde sie 1892 und 1893 curettirt; sie litt damals außerdem an einer doppelseitigen Pleuritis sicca und Phthisis pulmonum incipiens. Bald darauf, im December 1893, stellte sich die Kranke wieder im Krankenhause ein; sie klagte über anhaltende intensive Schmerzen im Unterleib, die von der rechten Ovarialgegend ausgehend sich in den rechten Oberschenkel herabzogen; wegen abendlicher Temperatursteigerungen von 38,5—39° vermutete man einen entzündlichen Proceß, vielleicht mit Eiteransammlung im kleinen Becken. Die Laparotomie rechtfertigte jedoch den Verdacht nicht, das rechte Ovarium war intact und nicht vergrößert. Auffallend war nun, daß die Schmerzhaftigkeit und das Fieber nach dieser Operation verschwanden, ohne daß ein weiterer Eingriff stattgefunden hatte. Im Juli 1894 wurde ein doppelseitiges Ovarialkystom exstirpirt. Im Januar 1895 erfolgte wieder die Aufnahme in's Krankenhaus wegen eines eitrigen Fluors und hochgradiger Schmerzhaftigkeit der Blasen- und Mastdarmgegend; multiple Ulcera der Vagina, wahrscheinlich tuberculöser Natur, wurden mit dem Paquelin verschorft. Zum letzten Male suchte nun unsere Kranke im März 1897 das Krankenhaus auf; sie hatte angeblich in der letzten Zeit öfter Schüttelfröste und ab und zu blutigen (?) Urin mit andauernden Schmerzen in der Gegend der rechten Niere. Der Urin war stark eiterhaltig, von geringem Eiweißgehalt. Da die Patientin zur Operation drängte und die Symptome eine Niereneiterung nicht ausschlossen, wurde die rechtsseitige Nephrotomie gemacht. Die Niere wies keine krankhaften Veränderungen auf, und es wurde daher von einer Exstirpation Abstand genommen. Die Patientin verließ ungeheilt das Krankenhaus. Sie verblieb in der Privatbehandlung des Herrn Prof. Alberti, welcher mir die Einsicht in die Krankenjournale des St. Josef-Krankenhauses gütigst gestattete; denselben ist diese Krankengeschichte entnommen. Weitere ergänzende Daten stellte mir Prof. Alberti in freundlichster Weise zur Verfügung: In den ersten Monaten des Jahres 1896 traten unter wochenlangem, hohem Fieber schleimige und zuweilen blutige Darmentleerungen, doch keine ausgesprochene Diarrhoe, auf; es ließ sich jedoch die Natur dieses Darmleidens nicht feststellen, nur vermuten ließ sich, daß es sich um Darmulcera handelte. Der Lungenbefund war sehr wechselnd: ab und zu leichte Pleuritiden, Spitzencatarrhe kamen und schwanden unter geeigneter Behandlung. Trotz vielen Hüstelns fanden sich meistens nur leichte giemende Geräusche, niemals Rasselgeräusche und kein Auswurf, so daß Untersuchungen auf Tuberkelbacillen nicht anzustellen waren.

Als mir die Patientin von Herrn Prof. Alberti zur cystoskopischen

Untersuchung überwiesen wurde, klagte sie über heftigen Harndrang, der sie bei Tag und Nacht sehr quäle und zum fast ½stündlichen Uriniren zwinge; heftige Schmerzen vom Beginn bis zum Schluß der Miction begleiteten denselben; in den von Harndrang freien Intervallen habe sie schmerzhafte Empfindungen oberhalb der Symphyse, die nach dem Kreuz und der rechten Seite ausstrahlten. Der Urin sei dauernd eitrig und lasse beim Stehen einen ziemlich bedeutenden Bodensatz ausfallen; früher soll er auch rötlich ausgesehen haben, einen Abgang von reinem Blut habe sie nicht bemerkt. Die Kranke hatte seit einem Jahr erheblich an Gewicht abgenommen, schwitzt des Nachts stark und hat wenig Appetit. Sie ist mittelgroß und macht einen recht leidenden Eindruck. Die Gesichtsfarbe ist bleich, die Haut ziemlich welk, die Musculatur schlaff, der Körperbau gracil. Die Schleimhäute sind blaß, anämisch, die Temperatur nicht erhöht, der Puls 84, ziemlich voll, regelmäßig. Ueber den Lungenspitzen ist der Percussionsschall etwas abgeschwächt, das Exspirium verschärft, wenig giemende Geräusche. Am Herzen keine krankhaften Symptome. Die Palpation des Abdomen, insbesondere der Nieren, ergiebt trotz weicher, nachgiebiger Bauchdecken keinen pathologischen Befund. In der Scheide lassen sich Narbenstränge fühlen, Ureteren sind nicht palpabel, Blase auf Druck etwas empfindlich. Aus der Vagina und Urethra läßt sich kein Secret gewinnen. Der spontan gelassene Urin wie der durch Katheter entnommene ist absolut klar, enthält weder Eiweiß noch Zucker, spec Gewicht 1018. Sediment läßt sich weder durch 24stündiges Stehenlassen noch durch Centrifugiren gewinnen; die mikroskopische Untersuchung auf Pilze, namentlich Tuberkelbacillen, verlief negativ. Wiederholte Untersuchungen des Harns, auch einer Probe der 24stündigen Menge, ergaben stets dasselbe Resultat. Die Blase faßt ohne Beschwerden 200 ccm Borlösung. Wir konnten von der Cystoskopie bei diesem Status wenig Positives erwarten und waren daher sehr überrascht, als sie uns einen Einblick in Veränderungen der Blase gab, welche die subjectiven Beschwerden ohne Weiteres erklärten. Dieselbe konnte wegen der dabei auftretenden und leicht erklärlichen Schmerzhaftigkeit in einer Sitzung nicht zu Ende geführt werden und währte jedes Mal nur kurze Zeit, da wir von einer Anästhesirung der Blase durch Cocain wie von der Chloroformnarcose Abstand nahmen. Außer leichter Steigerung der subjectiven Beschwerden und einer bald vorübergehenden cystitischen Reizung hat die Untersuchung keine Schädigung hervorgerufen. Die Bilder sind zum Teil unter liebenswürdiger Assistenz des Herrn Alfred Hirschmann photographirt, zum Teil habe ich sie von dem wissenschaftlichen Maler Herrn Uwira nach der Natur malen

lassen. Die pathologischen Veränderungen wies nur die vordere Blasenwand auf, der Fundus, die Gegend der Ureterenmündungen war vollständig frei und zeigte keine Abweichungen von der Norm. Am weitesten unten lag das isolirte Ulcus (Bild 1). Es ist dasselbe wohl sicher tuberculöser Natur; ganz abgesehen von den anderen unzweideutigen Bildern ist eine andere Ursache nicht zu finden: es war vorher kein instrumenteller Eingriff vorgenommen, Steine, Fremdkörper fehlten. Ein solches isolirtes Ulcus hat allerdings an und für sich nichts Characteristisches für Tuberculose; je mehr Fälle in der Litteratur verzeichnet werden, um so mehr muß man aus der ganz verschiedenen Beschreibung des Ulcus zu dieser Ansicht kommen im

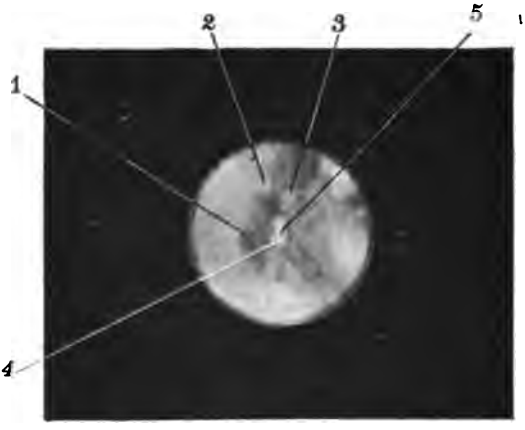


Bild 3.

Gegensatz zu Antal[1]), welcher die Charactere nach einem von ihm beobachteten Fall präcisirt. Zur Bestätigung dessen fanden wir noch ein zweites Ulcus, das inmitten von Tuberkelknötchen lag (Bild 3); dieses sieht schon etwas anders aus: die Gestalt ist nicht oval, es hat keinen aufgeworfenen Wall, sein Entzündungshof ist nicht so deutlich ausgesprochen. Wir stimmen darin mit Casper überein, welcher in seinem Handbuch der Cystoskopie schreibt (pag. 94), daß „die Ulcera in keiner Weise etwas für Tuberculose Typisches zeigen". Nach dieser kritischen Bemerkung kehren wir zu dem isolirten Ulcus zurück: es hebt sich scharfrandig von der Umgebung ab, ist schmutziggrau belegt, und sein scharf und wallartig aufgeworfener Rand ist von einem roten Entzündungshof umgeben; an diesen stößt fast unmittel-

[1]) Antal: Pathologie und Therapie der Harnröhre und Blase 1888, pag. 230.

bar die intacte, normal gelblich-graue Blasenschleimhaut an, auf der man feine, netzartig verzweigte Blutgefäße mosaikartig verlaufen sieht.

Das zweite Bild, welches ebenfalls nach der Natur gemalt ist und sich weiter oben auf der vorderen Blasenwand präsentirte, zeigt eine Veränderung der Blase, die wir kaum deuten können. Die Blasenwand hat sich in Form einer Mandarine vorgestülpt; in die Mitte dieser Erhebung ist etwas vertieft, etwa wie der Ansatz eines Stengels, ein kleinerbsengroßes, grauweißes bis graugelbes Knötchen eingelagert, allem Anschein nach ein Tuberkelknötchen. Zwischen den Streifen, welche vom Boden des Gebildes radiär zu dem Knötchen verlaufen, sieht man ganz feine Blutäderchen; auf den Streifen haben sich grauweiße Auflagerungen gebildet, die aus Eiterflocken bestehen, wie man es bei der Cystoskopie an dem Herumflattern derselben erkennen konnte. Für die Erklärung dieses Gebildes — mag es nun primär oder secundär sein — fehlt uns pathologisch-anatomisch jeder Anhalt, etwas Aehnliches haben wir weder gesehen noch von einem solchen gelesen. Ich unterlasse es daher, mich in theoretische Erwägungen einzulassen; das Bild ist täuschend ähnlich der Natur nachgeahmt. Kolischer[2]) erwähnt eine tuberöse Form der Blasentuberculose, die meist solitär und in der Nähe des Orificium internum auftreten soll; er schreibt: „In der Nähe des Orific. int. sieht man dann eine mehr weniger hohe Prominenz, welche an ihrer Kuppe ein Geschwür trägt. Derartige tuberöse Formen von Blasentuberculose werden oft für maligne Blasentumoren gehalten, sie unterscheiden sich aber von den letzteren dadurch, daß, wenn ein malignes Neoplasma an seiner Oberfläche necrosirt und exulcerirt, es an dieser Stelle regelmäßig incrustirt ist, während bei Tuberculose diese Erscheinung nicht beobachtet wird.“ Ich lasse es dahingestellt, ob es sich in unserem Falle um diese Form handelt.

Das dritte Bild (Bild 3), das wir am weitesten nach oben auf der vorderen Blasenwand sahen, habe ich photographirt (mit Hirschmann's Photographircystoskop) und Vergrößerungen der Originalaufnahme anfertigen lassen (Bild 3). Konnten wir bisher noch über die Natur der Blasenveränderungen im Zweifel sein, so konnte nunmehr die Diagnose Tuberculose als gesichert gelten. Finden wir doch die pathologischen Veränderungen, welche die Tuberculose in der Blase setzt, auf diesem Bilde vereint, wie wir sie nicht schöner bei der Nekropsie zu sehen bekommen können. Wir haben Tuberkelknötchen, vier an der Zahl, von

---

[2]) G. Kolischer: Die Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase, pag. 87.

einem schwach geröteten Hof umgeben. (Bild 3, 1—4.) Ein längliches Ulcus, dasselbe, von dem wir schon oben sprachen, schließt den Kreis auf der rechten Seite. (Bild 3, 5.) In dem Centrum ist die Schleimhaut diffus gequollen und gerötet.

Weiter konnten wir nichts Krankhaftes finden, die hintere Blasenwand und der Fundus waren völlig intact. Beide Ureteren functionirten in gewöhnlicher Weise und spritzten klaren Urin in die Blase hinein. Wir nahmen in Folge dessen von einer Katheterisirung der Ureteren Abstand, da wir aus dem cystoskopischen Bilde schließen konnten, daß die Nieren frei sein mußten. Sonst hätten sich, wie es bei Nierentuberculose fast immer der Fall ist, die von der Niere herabkommenden Tuberkelbacillen zunächst in der Ureterengegend festsetzen und ihr Zerstörungswerk beginnen müssen. Nur wenige Ausnahmen hiervon sind bekannt; so berichtet Le Bourtillier[3]) über einen Fall von Nierentuberculose, bei dem sich ein tuberculöses Ulcus auf der vorderen Blasenwand fand. Aber auch der Urin, der aus dem Ureter in die Blase sich ergoß, hätte Trübung zeigen müssen. Ich will die Frage, ob man eine ganz minimale Trübung einer einströmenden Flüssigkeit in einem klaren Medium überhaupt erkennen kann, hier nicht erörtern, ganz geklärt scheint sie mir noch nicht zu sein. Es wäre absolut falsch und, ich möchte sagen, ein Kunstfehler gewesen, wenn wir eine Katheterisirung der Ureteren vorgenommen hätten. Sie hätte uns mit größter Wahrscheinlichkeit ein negatives Resultat gegeben, sicher aber hätten wir den Zustand der Patientin verschlimmert, wenn nicht gar zu einer ascendirenden Nierentuberculose Anlaß gegeben. Wenn in unserem Fall nur die vordere Wand Sitz der Erkrankung ist, so spricht das entweder für eine primäre Blasentuberculose, ein sehr seltenes Vorkommnis; oder, und das ist wohl das Wahrscheinlichere, die Tuberculose ist auf dem Lymph- oder Blutwege von den benachbarten Genitalorganen übertragen, die Blasentuberculose ist dann eine primäre im Urinaltractus, wenn auch nicht primär im Urogenitaltractus. Wir thäten vielleicht überhaupt besser, nicht von primärer und secundärer Tuberculose zu sprechen, da sich fast nie der Ursprungssitz einer Tuberculose mit Sicherheit nachweisen läßt; andererseits läßt sich der Begriff ohne eine Parcellirung des ganzen Körpers nicht aufrecht erhalten, so auch hier, wo doch sicher eine Lungentuberculose das Primäre ist.

Die Prognose ließ sich nicht günstig stellen; bei der Verbreitung

---

[3]) Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases 1894, Bd. XXII, pag. 213.

der Tuberculose im Körper konnten wir selbst von einem operativen Eingriff keine Gesundung der Patientin erwarten, wie sie vor Kurzem erst wieder A. Strauss[4]) an der Hand eines Falles von primärem isolirten Geschwür der vorderen Blasenwand erzielt hat. Wir mußten uns vielmehr darauf beschränken, durch eine roborirende Allgemeinbehandlung den Kräftezustand der Kranken zu heben und durch locale Mittel die Schmerzen zu lindern.

Als wir zum ersten Mal die Kranke untersuchten, imponirte uns der Zustand bei dem Fehlen jeden objectiven Krankheitssymptoms als ein solcher von „irritable bladder". Immerhin ließen die starken Harnbeschwerden, welche sich in andauernden, bei der Miction erhöhten Schmerzen und in einem quälenden Harndrang äußerten, unter Berücksichtigung der hereditären Belastung und der tuberculösen Erkrankung anderer Organe, an einen tuberculösen Proceß in der Blase denken. Allerdings mußte Zweierlei schwankend machen. Zunächst war niemals Blut im Urin beobachtet, während doch eine Hämaturie die fast constante Begleiterin der Tuberculose der Harnorgane zu sein pflegt; das Fehlen einer solchen ist in unserem Fall kaum glaublich, wenn man sich die ulcerativen Processe der Blase vor Augen führt. Man sieht hieraus, daß das Fehlen eines Krankheitssymptoms nicht gegen das Vorhandensein der betreffenden Affection zu verwerten ist. Des Weiteren konnten wir niemals Tuberkelbacillen im Urin nachweisen, trotzdem wir wohl zehn Präparate und mehr daraufhin untersuchten. Doch darf uns dies nicht Wunder nehmen, da man häufig selbst bei Tuberculosis pulmonum lange vergeblich nach Tuberkelbacillen suchen muß; um wieviel schwerer muß es sein, in dem diluirenden Medium, dem Urin, die Pilze aufzufinden. Ein Weg zur Erkennung der Natur der Erkrankung hätte noch von uns betreten werden können, der der Impfung; leider konnten wir eine solche aus äußeren Gründen nicht vornehmen. Aber selbst zugegeben, wir hätten Tuberkelbacillen im Urin gefunden, so wären wir damit nicht viel vorwärts gekommen, da noch immer Niere und Blase als Ursprungsstätte derselben in Frage kamen. Nur die Cystoskopie kann in diesen Fällen aus dem Dilemma helfen; in unserem Fall ergänzte der cystoskopische Befund nicht die klinischen Symptome, er war vielmehr allein ausschlaggebend für die Diagnose. — Wie ist nun der wechselnde Eitergehalt des Urins zu erklären? Während vor der Ueberweisung der Patientin an mich dauernd eitriger Urin constatirt war, habe ich, außer nach einer leichten, rasch

[4]) 70. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Düsseldorf 1898, Sitzung vom 19. September.

verschwindenden Reizung, niemals trüben Urin, ja nicht einmal Eiterzellen im Sediment nachweisen können. Der Urin war während meiner Beobachtung ganz klar und frei von pathologischen Beimengungen; die Menge betrug 1800 ccm pro die, spec. Gew. 1018 bei schwach saurer Reaction. Es beweist das eben, daß eine entzündliche Cystitis bei Tuberculose vorkommen kann und oft genug vorkommt, daß sie aber auch fehlen oder auf geeignete Behandlung verschwinden kann. Es gesellt sich ja, wie bekannt, zur Tuberculose der Blase erst secundär die Cystitis, wie zur Tuberculose der Pleura die Pleuritis u. a. m. — Auffallend ist schließlich noch die außergewöhnliche Blasencapacität in unserem Fall; erst wenn wir über 200 ccm Borlösung eingespritzt hatten, fing die Kranke an, über schmerzhafte Empfindungen zu klagen. Wir müssen doch annehmen, daß die Affection schon längere Zeit, wenigstens mehrere Jahre bestanden hat, und trotzdem ist die Capacität kaum vermindert, von einer Schrumpfung der Blase kann gar nicht die Rede sein. Schwerlich ist die Blasentuberculose schon seit dem ersten Auftreten der Harnbeschwerden, i. e. seit zehn Jahren, vorhanden, sonst müßte der Proceß schon viel weitere Fortschritte gemacht haben; vielleicht ist die Annahme nicht ungerechtfertigt, daß anfangs eine gonorrhoische Cystitis vorgelegen hat, die den Boden für die Ansiedelung der Tuberkelbacillen geeignet gemacht hat, indem sie in dem bereits tuberculösen Körper einen weiteren Locus minoris resistentiae schuf.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Ali Krogius: **Vorlesungen über die chirurgischen Krankheiten der Harnwege.** (Föreläsningar öfver Urinvägarnas kirurgiska Sjukdomar.) (Helsingfors 1898. Wentzel Hagelstam's Verlag. 391 Seiten.)

Im Vorwort seiner großen Arbeit sagt der bekannte finnländische Forscher, er habe sich bestrebt, in möglichst concentrirter Form „eine dem practischen Bedürfnis der Studirenden und Aerzte angepaßte Darstellung der die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane betreffenden wichtigsten Kapitel zu geben".

Verf. hat in jeder Hinsicht sein Ziel erreicht, und man liest das Buch mit großer Ausbeute. Die Darstellung, die, ohne einseitig zu sein, der Guyon'schen Schule am nächsten folgt, stützt sich überall auf des Verf.'s eigene reiche Erfahrungen und ist im besten Sinne des Wortes modern.

In 18 Kapiteln wird eine einigermaßen kurzgefaßte und doch erschöpfende Beschreibung der speciellen Krankheiten der Harnwege gegeben, außerdem folgen noch 2 Schlußkapitel mit mehr allgemeinem Inhalte, von denen das eine die Diagnostik der Harnkrankheiten, das zweite die An-

passung der Antisepsis auf den Katheterismus und übrige chirurgische Eingriffe behandelt. Es muß bemerkt werden, daß das erste und größte Kapitel (79 Seiten) die Urethritiden behandelt, die ja gewöhnlich nicht zu den chirurgischen Krankheiten mitgerechnet werden, die aber wegen der hervortretenden Rolle, die die Gonorrhoe für die Pathologie der Harnwege spielt, mitgenommen worden sind.

Auf's Beste muß die vorliegende Arbeit als practisches Lehrbuch anempfohlen werden, sie verdient übersetzt und einer größeren Leserwelt zugänglich gemacht zu werden. Max Melchior (Kopenhagen).

Dr. Carl Hochsinger (Wien): **Angeborener Defect des uropoetischen Systems und totaler Fruchtwassermangel.** (Wiener med. Presse 1899, No. 3.)

Es handelte sich um eine vollkommen ausgetragene, kräftig entwickelte Frucht, welche eine halbe Stunde nach der Geburt unter schnappenden Atemzügen verstarb, ohne daß die bei der Asphyxie der Neugeborenen sonst gebräuchlichen Wiederbelebungsmittel auch nur den geringsten Effect gezeigt hätten. Bei der äußeren Besichtigung des geborenen Kindes ließ sich das Vorhandensein beiderseitiger angeborener Hüftgelenksluxation und bilateraler hochgradiger Klumpfußbildung feststellen, Skeletanomalien, welche als eine Folge des bei der Geburt constatirten completen Fruchtwassermangels zu betrachten sind. Bei der Obduction bot sich nun das überraschende Bild eines completen Defectes des gesamten uropoetischen Apparates: Keine Nieren, keine Ureteren, keine Harnblase! Als einzige Andeutung des uropoetischen Systems war ein blos wenige Millimeter langes, blindsackförmig endendes Canälchen an Stelle der äußeren Urethralmündung aufzufinden. Nebennieren waren vorhanden, Geschlechtsorgane normal gebildet.

Aus dem Umstande, daß die Frucht sehr kräftig entwickelt war und am normalen Schwangerschaftsende lebend zur Welt gebracht wurde, dürfte man den Schluß ziehen können, daß die Niere während der ganzen Fötalperiode kein lebenswichtiges Organ ist, vielmehr erst zu Beginn des extrauterinen Lebens ein unentbehrlicher Teil des menschlichen Organismus wird. Ebenso weist der gleichzeitig mit dem geschilderten Defect des uropoetischen Systems beobachtete complete Fruchtwassermangel darauf hin, daß mindestens in der letzten Zeit der Schwangerschaft der fötale Harn die hauptsächlichste Quelle des Fruchtwassers darstellt. Lubowski.

Dr. Otis (New-York): **A General Consideration of the Contributing Factors im Haematuria.** (Medical Record, 19. November 1898.)

Jede Blutung im Gebiet des Harntractus wird bedingt entweder durch Extravasation des unveränderten Blutes oder durch die der Blutkörperchen oder auch des Blutpigments allein. Die Ursache liegt entweder in Steigerung des Blutdrucks, oder in pathologischen Veränderungen der Gefäßwände,

oder in einer Combination dieser beiden Momente. Hämorrhagien im Gebiet des Harntractus werden dementsprechend beobachtet bei Entzündungen, Exanthemen, sowie bei ulcerativen Processen und Neubildungen, die mit Erosion der Gefäßwände einhergehen. Die gewöhnlichste Ursache der Hämaturie sind Steine (einschließlich Harngries und Säurekrystalle), Tumoren, Tuberculose und entzündliche Zustände, Cystitis, Nephritis.

Harnblasensteine verursachen Blutungen entweder durch directe Verletzung der Blasenschleimhaut oder schon, wie es Guyon dargethan hat, durch ihre Gegenwart allein, indem sie chronische Congestionen der Schleimhaut herbeiführen. Gutartige Tumoren der Harnblase verursachen Blutungen, wie jeder andere Fremdkörper; bösartige usuriren außerdem gewöhnlich die Gefäßwände. Ist die Blutung durch Tuberculose bedingt, so kann man dieselbe von denjenigen Blutungen, die durch andere Neubildungen bewirkt werden, nur durch den mikroskopischen Nachweis von Tuberkelbacillen im Harn, durch Feststellung tuberculöser Herde an anderen Körperstellen oder durch Koch'sche Tuberculininjection unterscheiden.

Li.

Dr. Edmund Saalfeld (Berlin): **Ueber Naftalan.** (Dermatolog. Zeitschrift, Bd. 5, Heft 6, December 1898.)

Wir entnehmen der vorliegenden Abhandlung nur diejenigen Angaben, welche sich auf die Anwendung des Naftalans bei venerischen Erkrankungen beziehen. Die vom Verf. in dieser Richtung gemachten Erfahrungen sind noch zu gering, um ein abschließendes Urteil zu geben. Er constatirt nur, daß in 2 Fällen von Epididymitis gonorrhoica und ebenso in 3 von 4 Fällen von Bubo inguinalis nach Gonorrhoe (1 Fall entzog sich der weiteren Beobachtung) die Schwellung zurückging. Bei 2 Patienten mit chronischer Prostatitis endlich war eine günstige Beeinflussung des Leidens durch Suppositorien aus Naftalan 0,2, Extract. Belladonn. 0,01, Butyr. Cacao unverkennbar.

Lubowski.

Paul Delagénière: **Anomalie des organes génitaux.** (Société de chirurgie 1898. Revue de chirurgie 1899, II.)

Ein bisher als Frau betrachtetes 27jähriges Individuum klagt über heftige, monatlich wiederkehrende Bauchschmerzen. Die Vagina endet 5 cm tief in einem Blindsack. Da D. an eine nicht perforirte Vagina denkt, rät er zur Laparotomie, um die Continuität des Genitalcanals herzustellen und um, falls der Uterus atrophirt sein sollte, die Eierstöcke zu entfernen. Bei der Operation fand D. weder Uterus noch Ligamenta lata. In der Nähe der Inguinalringe waren zwei ektopischen Hoden ähnliche Organe. Da ihr kurzer Stiel sich nicht in die Bauchwunde ziehen läßt, werden sie durch zwei kleine besondere Incisionen in der Inguinalgegend entfernt; die mikroskopische Untersuchung ließ sie als atrophische Hoden erkennen. Diagnose: Pseudohermaphroditismus masculinus, Hypospadie mit Entwicklungshemmung der äußeren Genitalien.

Mankiewicz.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Dr. Syllaba (Prag): **Ueber Urobilin.** (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 2.)

Für den Kliniker ist nur das Auftreten von großen Mengen Urobilin von Interesse, da erst solche als pathologisches Symptom zu deuten sind. Die Zustände, die zu einer solchen pathologischen Urobilinurie führen, sind: acute Infectionskrankheiten, fast sämtliche Erkrankungen der Leber, mit Stase einhergehende Circulationsstörungen, Blutextravasate, Bluterkrankungen mit Erythrocytenzerfall, Carcinom, Intoxicationen nach Darreichung von Antifebrin, Phenacetin, Trional, namentlich nach Sulfonal, nach Injectionen von Koch'schem Tuberculin u. s. w. Bezüglich des sog. Urobilinicterus beweist S., daß es sich in sämtlichen unter diesem Namen beschriebenen Fällen um Bilirubinicterus gehandelt habe. Was die einzelnen Theorien betrifft, die sich mit der Entstehungsart des Urobilins befassen und ein hepatogenes, hämatogenes, nephrogenes, histogenes und enterogenes Urobilin unterscheiden, spricht sich S., ohne den anderen Theorien ihre Berechtigung und facultative Richtigkeit abzusprechen, für die Theorie einer enterogenen Genese des Urobilins aus, welche letztere allein direct bewiesen werden konnte. **M. L.**

Prof. Gussenbauer: **Ueber die Behandlung der Gangrän bei Diabetes mellitus.** (Allg. Wiener med. Zeitg. 1899, No. 5—7.)

Verf. gelangt auf Grund seiner klinischen Erfahrungen zu dem Schluß, daß die Mortification der Gewebe bei Diabetes nicht auf die Ernährungsstörungen in den Geweben, sondern auf Accidentien zurückzuführen ist, d. h. daß für die bei Diabetikern häufig auftretenden Gangränen nicht der Zuckergehalt der Organe als solcher, sondern lediglich der schlechte Verlauf der Infectionen bei Diabetikern verantwortlich zu machen ist. Ein instructives Beispiel liefert in dieser Beziehung der Carbunkel. Der Verlauf des letzteren ist bei Diabetikern anders als bei gesunden Menschen. Die Ursache ist in beiden Fällen eine Infection im Hautorgan durch die Eitererreger, so den Staphylococcus pyog. aureus, seltener den Streptococcus. Während beim gesunden Menschen die Reaction des Gewebes auf eine solche Infection eine rapide ist (schon am zweiten Tage kann bereits Oeffnung und Exfoliation des bindegewebigen Pfropfes erfolgen), ist sie beim Zuckerkranken viel träger, und dies gilt besonders von den Individuen, die schon lange an Diabetes leiden und wo regressive Metarmorphosen gesetzt sind. Der Carbunkel braucht ca. sechs Wochen zu seiner Ausheilung. Dabei fiebern die Patienten, die Temperaturen bewegen sich zwischen 38°—39°. Die Oberfläche des Carbunkels ist noch geschlossen. Langsam setzt nun die Necrose ein, aber es kommt noch immer nicht zur Abstoßung des bindegewebigen Pfropfes. Alsbald treten intensive Erscheinungen auf und es kommt zu

progressiver Ausdehnung des Processes in der Umgebung. Schließlich kann der Patient an der septicämischen Infection, die hinzutritt, sterben. Wenn man aber einen solchen Carbunkel durch einen Sternschnitt über seine Grenzen hinaus in's Gesunde spaltet, und mag er auch 2—4 Handflächen groß sein, wenn man die Blutung in exactester Weise stillt und einen antiseptischen Verband anlegt (Anwendung von Jodoform, Alumen acet. in concentrirter Dosis oder Liquor Burowii), so sieht man, daß das Fieber schwindet und der Proceß ausheilt, vorausgesetzt, daß der Patient nicht inzwischen pyämisch geworden ist Die Necrose wird so beseitigt und dem Brande Einhalt gethan. Dies beweist, daß die Zuckerkrankheit für sich nicht die Gangrän verursachte. Erwähnen muß man, daß in schweren Fällen die Carbunkel multipel 4—5 nebeneinander, durch schmale Hautbrücken getrennt, vorhanden waren und durch diese Behandlung geheilt wurden. Einen ähnlichen Verlauf bietet die Behandlung des auf den Ober- oder Unterschenkel begrenzten Brandes, wenn man die obengenannten Indicationen erfüllt; die Regel heißt also: Incision bis in's Gesunde, Entfernung des necrotischen Gewebes bis in's Gesunde und Behandlung der gesetzten Wunde lege artis unter aseptischen und antiseptischen Cautelen. Schwieriger wird die Beurteilung des einzuschlagenden Verfahrens, wenn es sich um Gangrän der unteren Extremitäten handelt, welche zugleich Endarteriitis prolif. haben. Die Behandlung dabei ist folgende: Das Erste und Wichtigste ist, daß man bei diesen Patienten genau den arteriellen Gefäßbau untersuche — vom Eintritt der Arterie auf den Oberschenkel in inguine bis zu den Zehen — und sich durch gründliche Untersuchung mit dem Stethoskop oder dem Sphygmographen von der Durchgängigkeit der Arterie überzeugt. Erst dann möge man operiren! In einem solchen Fall glaubte man bei der Prüfung der Art. tibialis post. Puls zu fühlen, aber die weitere Untersuchung am Oberschenkel ergab eine Thrombose der Art. fem. im Adductorschlitz. In einem solchen Fall würde auf eine locale Operation hin eine Necrose und fortschreitende Gangrän eintreten. Wenn man sich aber überzeugt hat, daß bei einem Diabetiker die Arterie durchgängig ist, dann müssen die Fälle genau so operirt werden, wie Hautgangrän oder Carbunkel (Spaltung und Entfernung des Necrotischen). Wenn aber Endarteriitis obl. oder Embolie vorhanden ist, dann heißt es am Orte der Wahl amputiren.

Der für die ärztliche Praxis äußerst wichtige Schluß ist also folgender: Man muß jeden Fall von Gangraena diabetica nach den vorhandenen Verhältnissen behandeln. Zeigt es sich, daß keine Endart. oblit. prolif. vorhanden ist, so kann man mit Erfolg eine locale Operation machen; bei vorhandener Endart. oblit. prolif. kann man nur amputiren. M. L.

Dr. Hofbauer: **Die alimentäre Glykosurie der Graviden.** (Wiener klinische Rundschau 1899, No. 1.)

Verf. hat an 45 Schwangeren mit normalem Schwangerschaftsverlauf Untersuchungen in Bezug auf das Vorkommen von Glycosurie angestellt

mit durchweg positivem Ergebnis. Er glaubt also schließen zu können, daß der positive Ausfall der Untersuchung des Harns auf Glycose als ein constantes Symptom der Schwangerschaft zu betrachten sei, und zwar dermaßen, daß die Glycosurie in manchen Fällen ein unterstützendes Moment zur Diagnosticirung einer Schwangerschaft abgeben könne. Ferner machte Verf. die in practischer Beziehung noch viel wichtigere Beobachtung, daß die Glycosurie nur bei normal verlaufender Schwangerschaft auftritt, nicht aber in Fällen von pathologischer Schwangerschaft. Man würde somit nach dem Ausfall der Glycosurieprobe urteilen dürfen, ob eine normale oder pathologische Schwangerschaft vorliege. M. L.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Privatdoceut Colombini (Siena): **Bacteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner gonorrhoischer Infection.** (Centralblatt für Bacteriologie 1898, Bd. 24, Heft 25.)

Der 28jährige Patient kam mit stark vernachlässigter gonorrhoischer Urethritis und einer hühnereigroßen fluctuirenden Drüse an der linken Leiste in das Krankenhaus. Die Geschwulst wurde aufgeschnitten, wobei ein Teil des Eiters in sterilisirten Eprouvetten gesammelt wurde; der Schnitt wurde sodann antiseptisch behandelt und mit antiseptischer Gaze verstopft. Nach zwei Tagen zeigte sich, ebenfalls auf der linken Seite, eine angehende Epididymitis, gegen welche sofort mit kalten Umschlägen von Aqua Goulardi vorgegangen wurde. Der Patient wurde in Rückenlage und in strengster Ruhe gehalten und bekam nur flüssige Nahrung. Trotzdem nahmen Schwellung und Röte des Hodensackes immer mehr zu, so daß man fünf Tage später sich zu operativem Vorgehen entschließen mußte. Während des letzteren klagte der Patient auf einmal über Schmerzen entsprechend dem Oberkieferfortsatze. Die Untersuchung ergab leichte Anschwellung der Ohrspeicheldrüsen. Umschläge mit warmer 2proc. Sublimatlösung, jedoch ohne Erfolg. Die Körpertemperatur stieg immer höher, die Harnabsonderung wurde dürftig, der Harn selbst war schaumig, blutig, mit reichlichem Niederschlag. Milchdiät und Fortfahren mit den warmen Umschlägen in der Ohrspeicheldrüsengegend. Nachdem die Schmerzen etwas nachgelassen hatten, die Geschwulst röter und deren Fluctuation deutlicher wurde, schnitt Verf. nach sorgfältiger Desinfection den Absceß mit einem geraden Messer auf; es quoll ein halbes Glas gelben gutartigen Eiters hervor. Der weitere Verlauf des Falles bot nichts Besonderes. Die Wunden der Leiste, des Hodensackes und der Ohrspeicheldrüsenregion heilten rasch. Das Fieber ließ allmählich nach, während die Harnmenge mit jedem Tage wuchs; ebenso

nahm das Eiweiß im Harn ab, und die früher vorhanden gewesenen Nierenzellen und -Cylinder verschwanden mit der Zeit aus dem Harnsediment gänzlich.

Von besonderem Interesse sind die vom Verf. in vorliegendem Falle vorgenommenen bacteriologischen Untersuchungen. Im Harnröhrensecret fanden sich neben anderen Mikroben zahlreiche Gonokokken. Allein ohne jegliche mikrobische Beimischung wurde der Gonococcus im Eiter sämtlicher geöffneten Abscesse gefunden. Dagegen konnten in den zahlreichen Blut- und Harnpräparaten keine Gonokokken gefunden werden, bis auf ein Blutpräparat, welches während der Höhe der Ohrspeicheldrüsenentzündung entnommen wurde. Schon die mikroskopische Untersuchung der auf den mit diesem Blute inoculirten Nährboden entstandenen Colonien zeigte, daß dieselben von einem in Allem dem Diplococcus Neisser ähnlichen Diplococcus gebildet waren. Um aber jeden möglichen Einwand gegen die Richtigkeit der Diagnose, die auf Gegenwart des Gonococcus im circulirenden Blute schließen ließ, zu beseitigen, nahm Verf. sich vor, das in dritter Generation aus dem Blut erhaltene Züchtungsmaterial in die Harnröhre eines jungen Mannes, der nie an Gonorrhoe gelitten hatte, zu inoculiren. Leider fand sich auch ein 20jähriger junger Mann, der sich diesem höchst verwerflichen Experiment unterzog. Das Ergebnis des Experiments war nun in hohem Maße positiv: es entstand eine äußerst heftige Harnröhrenentzündung, die den gewöhnlichen Verlauf der gonorrhoischen Urethritis, aber mit noch heftigeren Erscheinungen zeigte und erst nach einigen Monaten heilte. Dieser Fall beweist also, daß es eine allgemeine gonorrhoische Infection geben kann und daß der in das Bindegewebe eingedrungene Gonococcus sehr leicht in den Kreislauf geraten und somit mittelst seiner vielen, oft sonderbaren Localisationen immer neue Entzündungsprocesse in die entferntesten Körperteile tragen kann.

Lubowski.

Dr. Heinrich Schultz (Budapest): **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Uterusgonorrhoe.** (Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie 1899, Bd. 40, Heft 1.)

Verf. weist darauf hin, daß die an sich vielleicht auch berechtigte Ansicht von der Unheilbarkeit der Uterusgonorrhoe dazu geführt hat, daß man gegen dieses Leiden größtenteils nicht energisch genug vorgeht. Nun betrifft aber die Uterusgonorrhoe nicht nur das an derselben erkrankte Individuum, sondern birgt auch den Keim fernerer Infection in sich und ist somit ein gegen das Wohl Anderer gerichtetes Uebel; es ist in Folge dessen Pflicht des Arztes, die wegen ihres Leidens für unheilbar gehaltenen Patienten, soweit dies im Bereiche der Möglichkeit liegt, wenigstens für Andere unschädlich zu machen, also die weitere Infection zu verhindern. Dem gonorrhoischen Individuum selbst könnte man vielleicht auch dadurch helfen, daß man das Weiterschreiten des Processes auf die Adnexe verhindert. Geht man nun von diesem Standpunkte aus, nämlich daß der Zustand, wo die

Gonokokken nicht mehr im Secret nachweisbar sind, also die Infectionsfähigkeit bereits aufgehört hat, für identisch mit der Heilung der Gonorrhoe gehalten werden kann, so ist die Heilbarkeit der Uterusgonorrhoe, wie es aus den zahlreichen klinischen Beobachtungen des Verfassers hervorgeht, nicht als unmöglich zu betrachten. Diesen Zustand konnte Verf. in der größten Mehrzahl seiner Fälle mit der Intrauterinbehandlung sowohl bei der Cervixgonorrhoe, wie auch bei der Uterusgonorrhoe erzielen. Was die angewandten Arzneimittel betrifft, so hat sich das Protargol bei der Uterusgonorrhoe nicht bewährt, vielleicht deshalb, weil Verf. eine zu schwache (4proc.) Lösung anwendete. Ebenso wenig hat sich das Acet. pyrolignosum rectificatum bewährt. Dagegen bewährten sich ganz vorzüglich die Intrauterininjectionen mit 10proc. Argentamin. Die Behandlung kann in jedem einzelnen Falle zweimal wöchentlich vorgenommen werden, vorausgesetzt, daß kein Entzündungsproceß in der Umgebung eine Gegenanzeige für die Intrauterininjectionen bildet. Lubowski.

Prof. Riehl (Leipzig): **Ueber Gonorol.** (Wiener klinische Wochenschrift 1898, No. 52.)

Auf der Klinik des Verf.'s wird bei Behandlung der Gonorrhoe neben der localen Therapie häufig von den Balsamicis Gebrauch gemacht, hauptsächlich vom Oleum ligni santali ostindicum. In neuester Zeit hat Verf. mit einem besonderen Santalöl Versuche ausgeführt, das von der Firma Heine & Co. unter dem Namen Gonorol dargestellt wird. Dasselbe stellt die alkoholischen Teile des Rohöles dar und ist ein farbloses Oel, welches sich bei 20° C. in drei Teilen 70proc. Alkohols völlig klar löst und einen Siedepunkt von 303—306° C. besitzt. Bezüglich der günstigen Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bei Urethritis des Mannes verhielt sich das Gonorol genau so, wie die bekannten unverfälschten Santalöle. Das Gonorol wurde in Tagesdosen von 2—3 g durch 10—30 Tage und noch länger verabreicht. In allen beobachteten Fällen war zunächst die gute Verträglichkeit des Gonorols zu constatiren, wie sie nur reinen Oelen zukommt. Die Nebenwirkungen, welche nur in einem Bruchteil der Fälle beobachtet wurden, beschränkten sich auf subjective Symptome: Aufstoßen, rasch vorübergehende Leibschmerzen, Nachempfindung des Geschmacks. Häufig wurden diese Erscheinungen von den Kranken nur nach den ersten Dosen des Mittels angegeben und schwanden bei fortgesetzter Verabreichung spontan. Nur in einem Fall mußte die interne Behandlung wegen Schmerzempfindung in der Nierengegend abgebrochen werden; im Harn dieses Kranken war Eiweiß nicht zu constatiren. Da die obigen Erfahrungen an 50 klinischen und mehreren ambulatorischen Patienten gewonnen wurden, so glaubt Verf., das Gonorol als ein ungefährliches Santalpräparat bezeichnen zu können, namentlich im Vergleich mit Oelen, wie sie früher in den Handel kamen, welche nach den Erfahrungen des Verf.'s bedeutend häufiger subjective Beschwerden und nicht selten auch ernstere Folgen hervorbrachten.

Lubowski.

Regnauld: **Réflexions sur trente cas de blennorrhagie traités par le protargol.** (Ann. d. mal. gén.-urin. 1898, No. 12.)

R. resumirt sich dahin, daß das Protargol kein Heilmittel par excellence ist und daß seine Heilerfolge nicht die des Kaliumpermanganats und Höllensteins übertreffen. Der einzige Vorzug ist die geringere Schmerzhaftigkeit.

Stockmann (Königsberg).

Dr. Budugow: **Protargol bei Gonorrhoe.** (Wratsch 1899, No. 3.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, welche er mit dem Protargol an 27 Patienten zu Pjatigorsk gemacht hatte. Sämtliche Patienten wurden zuvor mit allen möglichen antigonorrhoischen Mitteln ohne Erfolg behandelt. Die Krankheitsdauer schwankte zwischen 14 Tagen und 14 Monaten. Das Protargol wurde in den acuten Fällen in Form von Einspritzungen mit $^1/_4$—1proc. Lösungen 3—4mal täglich angewandt. Vom dritten bis vierten Tage wurde die Concentration der Lösung erhöht. Der Patient behielt die Lösung in der Harnröhre 3—15—20 Minuten. Am achten bis neunten Tage waren im Harn nur noch Fäden zu constatiren, worauf in den zwei folgenden Tagen mittelst Guyon'scher Spritze fünf Tropfen 2proc. Lösung in die Pars anterior urethrae eingeführt wurden. Schließlich wurden 6—8mal einen Tag um den anderen je 20 Tropfen 3—4proc. Protargollösung in die Pars prostatica urethrae eingeträufelt. Bei den 17 Patienten, die ausschließlich mit Protargol behandelt worden waren, verschwanden im Durchschnitt die Gonokokken am 7. Tage, die Eiterzellen am 11. Tage, die Epithelzellen und der Schleim am 15. Tage; die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 24 Tage. Von den Patienten hatten 5 acute Gonorrhoe, 4 subacute, 3 totale, 2 prostatische und 3 chronische. Die besten Resultate gab das Protargol nach Ablauf des acuten Krankheitsstadiums. Li.

1. Dr. Scatolari: **Prima centurie di uretrite da gonococco curate con l'acido picrico.** (Milan Rancate 1898.)
2. Dr. Antonelli: **L'acido picrico nello cura della blennorragia acuta.** (Gazzeta degli ospedali 1898, No. 100. Ref. nach Annales des maladies des organes génito-urinaires 1899, No. 1.)

Scatolari hat 100 Fälle von gonorrhoischer Urethritis mit Picrinsäure behandelt und durchaus befriedigende Resultate erzielt. Er rühmt vor Allem das Durchdringungsvermögen der Picrinsäure, die in die Zellen eindringt, die Leukocyten infiltrirt und auf diese Weise mit den in denselben enthaltenen Gonokokken in directe Berührung kommt.

Scatolari's günstige Erfahrungen veranlaßten seinen Landsmann Antonelli, die Picrinsäure in einer Reihe von gonorrhoischen Urethritiden anzuwenden. Die Injectionen wurden mittelst Majocchi'schen Röhrchens dreimal täglich unter jedesmaligem Verbrauch von $^1/_2$ l 2—5 proc. Lösung gemacht. Sonst bekamen die Patienten keine innerlichen Mittel. Die gesamten Erfahrungen A.'s umfassen 19 Fälle. Die Kranken genasen innerhalb

4—30 Tage, größtenteils schon innerhalb 15 Tage. Am dritten bis vierten Behandlungstage stellte sich Desquamation des Epithels der einkernigen Zellen der oberflächlichen Schicht und in geringer Anzahl der Mittelschicht ein. Nur in zwei schweren Fällen fanden sich im Niederschlag kleine eiförmige Zellen der tiefen Schicht. Sämtliche abgestoßene Zellen waren mit Gonokokken dicht gefüllt. Allmählich nahm die Zellenabsonderung ab und der Proceß ging allmählich in Heilung über. Die schmerzhaften Erectionen des Gliedes pflegten schon sehr früh zu verschwinden. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt nun A., die Picrinsäure, wenn nicht gerade als ein ideales, so doch als ein sehr nützliches Antigonorrhoicum bezeichnen zu können, dessen Billigkeit unter Umständen ein nicht zu verkennender Vorzug ist. Lubowski.

Braquehaye und Servel: **La myosite blennorrhagique.** (Ann. d. mal. gén.-urin. 1898, No. 12.)

Verff. haben zwei Fälle von gonorrhoischer Muskelentzündung beobachtet und schildern nun des Genaueren die Symptomatologie, den Verlauf, die Prognose und Diagnose, sowie ausführlich die Therapie dieses Krankheitsprocesses. Was die letztere anlangt, so empfiehlt sich vor Allem die Anwendung der feuchten Wärme in Form von Borwasserumschlägen von 35° Temperatur. Daneben locale Bäder ebenfalls von Borwasser (30—35°). Um einer Maceration der Haut vorzubeugen, werden zwischendurch Einreibungen mit Guajacol- und süßem Mandelöl zu gleichen Teilen vorgenommen. Die Prognose der Affection scheint günstig zu sein, indem es weder zur Eiterung noch auch zur Atrophie kommt.

Stockmann (Königsberg).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. Huber: **Extragenitale Syphilisinfection.** (Ungarische medicinische Presse 1899, No. 3.)

Die 24jährige Patientin wurde am 2. September von Jemandem am Kinn geküßt und zugleich auch gebissen, worauf an Stelle des Bisses ein kleiner Ausschlag entstand. 12—14 Tage nach der Infection bildete sich eine Geschwulst, die der Arzt für einen Furunkel hielt. 6—7 Wochen nach dem oben erwähnten Biß ein Ausschlag über dem ganzen Körper. An der Kranken sind die unzweifelhaftesten Zeichen von Syphilis zu constatiren: papuläres Syphilid, an den Tonsillen Plaques, Polyadenitis etc. Am Kinn ist die Stelle der Sclerose noch jetzt zu sehen. M. L.

1. Dr. Borowski (Kiew): **Reinfectio syphilitica.** (Wratsch 1898, No. 43.)
2. Dr. Zechanowitsch (Minsk): **Ein Fall von Reinfectio syphilitica bei noch bestehenden Erscheinungen der alten Syphilis.** (Ibidem.)
3. Dr. Speranski (Moskau): **Fall von Reinfectio syphilitica.** (Ibidem.)

1. Ein aus zwei Fällen eigener Beobachtung bestehender Beitrag, der beweisen soll und auch beweist, daß die Möglichkeit einer syphilitischen Reinfection keinem Zweifel unterliegt.

2. Z. berichtet über einen Fall, in dem das Ulcus durum mit den secundären allgemeinen Erscheinungen bei einem Syphilitiker entstand, bei dem noch Erscheinungen der alten Syphilis und zwar gummöses Geschwür des Unterschenkels und Periostitis des Schienbeins bestanden haben, und der niemals mit Quecksilber oder Jod behandelt worden ist. Nach Ablauf von sechs Monaten seit der Entstehung der primären Indurationen stellten sich bei dem Patienten sehr heftige secundäre Allgemeinerscheinungen ein, trotzdem die primären localen Erscheinungen durch die sorgfältig durchgeführte antisyphilitische Cur zur Heilung gebracht worden sind.

3. Der Fall von Sp., in dem es sich ebenfalls um zweifellose syphilitische Reinfection handelt, zeichnet sich dadurch aus, daß die allgemeinen Erscheinungen bei der zweiten Infection durch ihre Heftigkeit ganz und gar an die schweren Erscheinungen erinnerten, die bei dem Patienten bei der ersten Infection aufgetreten waren. Diese Beobachtung läßt also annehmen, daß die Reaction des Organismus bei der zweiten Infection der bei der ersten gleich ist. Lubowski.

Is. Neumann (Wien): **Dauer der Contagiosität der Syphilisproducte. Contagiosität der tertiären Syphilis.** (Wiener med. Presse 1899, No. 1.)

N. faßt seine Erfahrungen hinsichtlich der Dauer der Contagiosität der Syphilis, sowie der Infectiosität der tertiären Syphilis in folgende Sätze zusammen.

1. Die Infectiosität der Syphilis steht mit der Intensität und Acuität des Processes in innigem Zusammenhang und zeigt mit zunehmender Krankheitsdauer eine Tendenz zur Abnahme.

2. Unter normalen Verhältnissen erlischt die Contagiosität der Syphilis — eine sorgfältige Behandlung vorausgesetzt — nach drei- bis vierjähriger Krankheitsdauer, i. e. mit dem Aufhören des sogenannten Secundärstadiums.

3. Es giebt eine Reihe von Fällen, in denen noch später als nach vier Jahren nach stattgefundener Infection secundäre Läsionen auftreten, welche die Uebertragung vermitteln können. Diese sitzen vorwiegend in der Mundhöhle und treten in Form von Erosionen der Mund- und Zungenschleimhaut auf, weshalb in diesen Stadien die Infection durch Kuß, gemeinsame Eß-

und Trinkgeräte u. s. w. häufiger ist, als die Infection durch den geschlechtlichen Verkehr. Solche Läsionen der Mundschleimhaut treten namentlich bei Individuen auf, deren Mundhöhle intensiven Reizen ausgesetzt ist, i. e. bei Rauchern und Trinkern; dieselben können so rasch verschwinden, daß in einschlägigen Fällen der Nachweis der Infectionsquelle unmöglich ist.

4 Das Auftreten von secundären Läsionen wurde selbst im dritten Decennium der Erkrankung beobachtet, doch sind derartige Fälle jedenfalls sehr selten, häufiger dagegen solche Fälle, in denen nach 5—10 Jahren seit der Infection noch contagiöse secundäre Läsionen auftraten. In prophylactischer Hinsicht erfordern diese Fälle bei Individuen, die eine Ehe zu schließen beabsichtigen, nicht nur den Genitalorganen, sondern auch der Mundhöhle besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

5. Was die Contagiosität der tertiären Krankheitsproducte betrifft, so stehen hier zahlreichen negativen Impfresultaten und Beobachtungen (Finger) vereinzelte positive gegenüber. Jedenfalls ist die Contagiosität der tertiären Producte nur ganz ausnahmsweise vorhanden, wenn dieselben in einem späten Krankheitsstadium auftreten. Hingegen können gummöse Producte gelegentlich auch in einem frühen Krankheitsstadium, wohl auch gleichzeitig mit secundärsyphilitischen Producten auftreten. Es sind dies jene Fälle, in denen zumeist auf Grund einer schon vorhandenen Erkrankung, Tuberculose, Nephritis u. s. w., die Krankheit einen ungemein rapiden, deletären Verlauf nimmt. Es ist begreiflich, daß unter solchen Umständen auch die gummösen Infiltrate eine Virulenz aufweisen können, welche ähnlichen Producten der Spätsyphilis nicht zukommt. Ergänzend ist noch anzuführen, daß Contagiosität und Häufigkeit der hereditären Uebertragung der Syphilis zwar insoweit parallel gehen, als beide mit zunehmender Krankheitsdauer eine Tendenz zur Abnahme zeigen; doch muß hier ausdrücklich betont werden, daß die hereditäre Uebertragung einerseits ganz unabhängig von dem Bestehen irgend welcher wahrnehmbarer contagiöser Läsionen ist, andererseits auch weit häufiger in vorgerückteren Krankheitsperioden vorhanden ist, wo die Contagiosität allfällig vorhandener syphilitischer Localaffecte bereits erloschen zu sein scheint, so daß man im Allgemeinen daran festhalten kann, daß ein Syphilitiker in seiner Ehe weit länger für die Nachkommenschaft, als für seine Ehefrau die Gefahr einer Krankheitsübertragung darbietet. E. Samter.

Dr. Quimet: **Syphilis and its Relation to Pregnancy.** (American Medico-Surgical Bulletin. Medical Record, 26. November 1898.)

Die Syphilis ist nach den Erfahrungen des Verf.'s eine sehr häufige Ursache des Abortus, wobei letzterer entweder durch Erkrankung des Fötus selbst oder durch Erkrankung der Eihäute bedingt wird. Am häufigsten pflegt sich der Abortus nach dem siebenten Schwangerschaftsmonat einzustellen. Der syphilitische Vater vermag die Syphilis auf die Frucht zu übertragen, ohne die Mutter zu inficiren: die Mutter kann also ein syphilitisches Kind gebären und selbst syphilisfrei sein. Wenn Vater und Mutter

syphilitisch sind, so entgeht das Kind höchst selten der Syphilisinfection. Wenn die Mutter vor der Conception syphilitisch war, so sind die Chancen für die Geburt eines gesunden Kindes um so größer, je älter die Syphilis ist; andererseits sind die Chancen für das Kind, der Syphilis zu entgehen, um so größer, je näher der Moment der Syphilisinfection der Mutter dem Schwangerschaftsende liegt. Das von einer syphilitischen Mutter geborene Kind kann entweder mit manifesten Syphiliserscheinungen bereits geboren sein oder diese Erscheinungen einige Monate oder selbst einige Jahre nach der Geburt bekommen. Die Syphilis bleibt auf den Verlauf des Wochenbettes ohne größeren Einfluß. Was die Behandlung betrifft, so kann und soll dieselbe gleich beim Beginn der Schwangerschaft eingeleitet werden.

Lubowski.

Prof. Schuchardt (Stettin): **Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Mastdarmgeschwüre.** (Virchow's Archiv 1898, Bd. 154, Heft 1.)

Zu den dunkelsten Gebieten der Pathologie gehören gewisse, hauptsächlich beim weiblichen Geschlecht vorkommende, mit Schwielen-, Fistel- und Stricturbildung verbundene Mastdarmgeschwüre. Die verschiedensten Theorien sind zu ihrer Erklärung herangezogen worden, und von diesen hat längere Zeit diejenige die Oberhand gehabt, die das Leiden auf Syphilis zurückführte. Neuerdings sind aber gegen diese Auffassung Zweifel aufgetaucht, da positives anatomisches Beweismaterial nicht vorhanden war und die bei Syphilis bewährten Medicamente sich gegen die Mastdarmstricturen als gänzlich unwirksam erwiesen haben. Dem Verf. gebührt nun das Verdienst, der Lehre von der syphilitischen Natur jener Mastdarmgeschwüre eine pathologisch-anatomische Grundlage gegeben zu haben. Er hatte nämlich Gelegenheit, mehrere Fälle von Mastdarmgeschwür nach der neueren radicalen Behandlungsmethode, die in Exstirpation des ganzen erkrankten Darmes besteht, zu behandeln und auf diese Weise geeignetes Material für die erforderlichen pathologisch-anatomischen und pathologisch-histologischen Untersuchungen zu gewinnen. Letztere ergaben nun stets characteristische gummöse Veränderungen in dem erkrankten Darm, und somit ist erwiesen, daß es sich bei den in Rede stehenden Mastdarmgeschwüren einzig und allein um Mastdarmsyphilis handelt. Der Verlauf derselben ist, wie aus den Untersuchungen des Verfassers hervorgeht, folgender: Die syphilitische Erkrankung des Mastdarms beginnt anatomisch damit, daß sich die Schleimhaut in ein eigentümliches Granulationsgewebe umwandelt, welches, wie alle syphilitischen Neubildungen, in innigen Beziehungen zu den Blutgefäßen steht und zum Teil als eigentümlich umgewandelte Gefäßwandungen anzusehen ist. Pathognomonisch für dieses erste Stadium der Krankheit sind merkwürdige blaurote, prominirende Knötchen an der Oberfläche der erkrankten Schleimhaut, die Verf. als gummöse Telangiectasien schildert. Gleichzeitig mit der Entwicklung des Granulationsgewebes und der Telangiectasien in der Schleim-

haut findet eine Ansetzung specifischen Gewebes und gummöser Knoten in der Submucosa und den tieferen Schichten des Darmes statt. Durch den auf Necrobiose beruhenden Zerfall des specifischen Gewebes entstehen zunächst oberflächliche, oft serpiginöse Geschwüre, weiterhin tiefe, mit narbiger Schrumpfung verbundene Substanzverluste und Stricturen Li.

Goldzieher: **Ueber ein Symptom der Syphilis hereditaria tarda am Auge.** (Ungarische med. Presse 1899, No. 4.)

Dieses Symptom besteht darin, daß in der durchsichtigen Cornea und zwar in deren tieferen Schichten sich erstreckendes sehr reiches Gefäßnetz vorhanden ist, und tritt dann auf, wenn die Cornea im durchsichtigen Licht bei vollkommener maximaler Erweiterung der Pupille mit dem Augenspiegel untersucht und zu diesem noch eine stärkere Convexlinse zugegeben wird.

Diese Veränderung, die nur bei solchen Individuen zu constatiren ist, die eine Keratitis parenchymatosa durchgemacht haben, bleibt selbst dann bestehen, wenn die ursprüngliche Lues geheilt ist. Li.

Dr. Werther (Dresden): **Hydrargyrum colloidale als Antisyphiliticum.** (Monatshefte für practische Dermatologie 1898, Bd. 27, Heft 12.)

Das Hydrargyrum colloidale ist nach den vom Verf. gemachten Beobachtungen nicht giftiger, als das regulinische, eher weniger giftig: es traten nach intramusculär injicirten Dosen von 0,03 weder Zahnfleischentzündung, noch Speichelfluß oder Durchfall ein. Mattigkeit war die einzige Störung des Allgemeinbefindens. Das Mittel eignet sich wenig zur Injection wegen der Schmerzhaftigkeit an der Injectionsstelle. Vielleicht hängt diese von der Unreinheit des Präparats (Säure) ab und kann mit dieser vermindert werden. Vielleicht läßt sie sich durch irgend einen Zusatz (Kochsalz, Eiweiß) mildern. Die therapeutische Wirkung der benutzten Injectionen war langsam, aber doch zufriedenstellend. Injectionen von Hg salicyl. in Paraffin (1 : 10, 0,05 pro dosi) wirken energischer und sind nicht so schmerzhaft wie gelöstes Hg colloid. (0,03 pro dosi). Die Wirkungen der Einreibungen mit Salbe sind zufriedenstellend. Vorzüge vor der officinellen grauen Salbe würden nur dann zu constatiren sein, wenn die Salben mit Hg colloid. ebenso rasch oder noch rascher wirkten und weniger Stomatitis und Dermatitis erzeugten. Dazu sind weitere Beobachtungen erforderlich. Die Flüchtigkeit des regulinischen Hg ist ein Vorzug für die Therapie, der dem colloidalen abzugehen scheint. Außerdem liegt der Verdacht vor, daß sich in der Salbe mit der Zeit das colloidale in regulinisches Hg verwandelt und man dann eine graue Salbe hat. Für die Verwendung in Pillen scheint das colloidale Hg am meisten geeignet zu sein. Kräftige Leute vertragen dreimal 0,05 pro die gut, schwächliche nur 0,03. Sie bedürfen der üblichen Beobachtung des Zahnfleisches und der Verdauungsorgane. Mit Hg colloid. können viel größere Hg-Dosen einverleibt werden, als mit Sublimat und Protojoduret.

Ersteres pro dosi 0,005, letzteres 0,02 werden sicher schlechter vertragen, als Hg colloid. 0,03. Es wird Hg colloid. 0,05 so gut vertragen, wie Hg oxydul. tannic. 0,05, obgleich das erstere noch einmal soviel Hg enthält, als das letztere (42 pCt.). Li.

Dr. Hopf (Dresden): **Die Verwendbarkeit des Hyrgols (Hydrargyrum colloidale) in der Syphilistherapie.** (Dermatolog. Zeitschrift, Bd. 5, Heft 6, December 1898.)

Verf. hat mit dem unter dem Namen Hydrargyrum colloidale bekannten und von v. Meyer und Lottermoser dargestellten wasserlöslichen Quecksilberpräparate zahlreiche Syphilisfälle behandelt und dabei folgende Erfahrungen gemacht:

1. Das Hyrgol (Hydrargyrum colloidale) besitzt keine besonderen Vorzüge, die in therapeutischer Hinsicht eine Bevorzugung vor dem alten unlöslichen Quecksilber rechtfertigen könnten.

2. Für die subcutane Einverleibung ist die wässerige Lösung des Hyrgol nur mit Vorsicht anzuwenden, a. mit Rücksicht auf die noch nicht feststehende Valenz des Mittels, b. wegen der Schmerzen bei und nach dem Injiciren, c. der Neigung halber, schwer resorbirbare Infiltrate zu bilden. Nähere Untersuchungen physiologisch-anatomischer Art sind noch erforderlich, um nachzuweisen, ob das ohne Eiweißzusatz dem Körper einverleibte Hyrgol im Gewebe in das unlösliche Mercur verwandelt wird, beziehentlich chemischer Art, um festzustellen, ob die Körpersäfte diese Umsetzung zu Stande zu bringen vermögen.

3. Bei der Schmierkur sind niederprocentige Salben als die officinellen anzuwenden. Die Wertigkeit des Hyrgols scheint höher zu sein, als die des alten Quecksilbers.

4. Die Hyrgolpillenkur ist nach bisherigen Erfahrungen die geeignetste Art der Darreichung. Lubowski.

Dr. Oscar Hildes (Sarajewo): **Die Behandlung der Syphilis mit variabel dosirten intramusculären Sublimatinjectionen.** (Allgem. Wiener med. Zeitung 1899, No. 6.)

Die den Lewin-Lukasiewicz'schen Methoden der Syphilisbehandlung neben ihren unverkennbaren Vorzügen zweifellos anhaftenden Mängel veranlaßten Glück, eine Behandlungsweise zu inauguriren, die weitestgehende Individualisirung von Fall zu Fall, die möglichste Rücksichtnahme auf Kranke und Krankheit gestattet und endlich die gewiß nicht gleichgiltige Quecksilberübersättigung des Organismus verhütet. Die Methode besteht in Folgendem:

Nach Sicherstellung der Diagnose durch Constatirung der Allgemeinerscheinungen erhält der Patient eine 1proc., nach einer Pause von einem ganzen Tage eine 2proc., am dritten Tage nach der letzteren eine 3proc. intramusculäre Injection. Zeigen die Erscheinungen keine Tendenz zur

Rückbildung, oder treten, was selten geschah, neue Nachschübe auf, so wird nach einem Intervalle von drei Tagen eine 4proc. und eventuell vier Tage später eine 5proc. Injection gegeben. Gewöhnlich sind jetzt die Erscheinungen in den leichteren Fällen bis auf Spuren geschwunden, in den schweren wesentlich zurückgegangen. Dementsprechend wird auch behufs weiterer Behandlung der Concentrationsgrad der Lösung stufenweise herabgesetzt, so zwar, daß auf die 5proc. nach einer Pause von sieben Tagen eine 4proc., auf diese eine 3proc. und event. nach Bedarf eine 2proc. und 1proc. unter Beobachtung der entsprechenden Zeitintervalle zwischen den einzelnen Injectionen folgen. Nicht immer ist es notwendig, bis zu 5proc. Concentration zu steigen und dann zurückzugehen; häufig besonders in leichteren Fällen und bei Recidiven genügt es, der 3proc. Injection entweder noch eine 3proc. oder 4proc. folgen zu lassen, um dann mit Umgehung der 5proc. bis zur schwächst concentrirten Lösung herabzugehen.

In anderen, namentlich schwereren Fällen muß man ein- oder mehrmals die 5proc. Injection wiederholen, ehe man dann mit schwächeren Lösungen die Erscheinungen vollends zum Schwunde bringen kann.

Wenn sich ausnahmsweise einige Fälle der Injectionstherapie gegenüber refractär verhalten, indem die bis zu einem gewissen Grade schwindenden Erscheinungen trotz weiterer Einwirkung selbst höherer Dosen keine Tendenz zur weiteren Rückbildung zeigen, so liegt der Grund hierfür in dem behandelten Individuum selbst. Neben der Allgemeinbehandlung wird auch die locale Therapie entsprechend gewürdigt.

Als Einstichstelle wählt man stets die vor jeder Injection gründlich gereinigte, entspannte Glutäalgegend und wird abwechselnd bald in die rechte, bald in die linke Hälfte injicirt. Die verwendeten Pravazspritzen und die Stahl- oder Platiniridiumcanülen — letztere werden von Sublimat weniger angegriffen — werden vor und nach jedem Gebrauch sorgfältig mit 2proc. Carbollösung gereinigt, die Canülen außerdem noch durch das Durchblasen mit einem Gummiballon getrocknet und von den Spuren der Carbollösung befreit. Mit der linken Hand wird sodann eine dicke Längsfalte emporgehoben, die Nadel senkrecht auf die Kuppe der Falte rasch eingestochen, die Spritze entleert und die Nadel gleichzeitig mit dem Loslassen der Falte rasch entfernt, wodurch ein Regurgitiren der Lösung in den Stichcanal verhindert wird. Nach jeder Injection wird die Einstichstelle durch einige Augenblicke leicht massirt.

Von den 155 innerhalb 2 Jahren mit Sublimatinjectionen behandelten Kranken gelangten im Ganzen 18 Fälle von Recidiven zur Wiederbehandlung, und zwar: 1 Fall nach 1 Monat, 9 Fälle nach 2 Monaten, 3 Fälle nach 3 Monaten, 1 Fall nach 4 Monaten, 1 Fall nach 5 Monaten, 2 Fälle nach 6 Monaten und 1 Fall nach 9 Monaten; hiervon zeigten 2 Fälle schwere Erscheinungen. Sämtliche Recidive schwanden in durchschnittlich 23 Tagen, wozu im Mittel 173 mg Sublimat bei 5—6 Injectionen notwendig waren.

Die Schlüsse, die eine objective Erwägung der angeführten Daten erlauben, sind folgende:

1. Die von Glück in die Syphilistherapie eingeführte Methode der variabel dosirten intramusculären Sublimatinjectionen bildet zweifellos einen Fortschritt in der Syphilisbehandlung im Allgemeinen und besonders in der Behandlung mit Sublimatinjectionen.

2. Sie gestattet die weitgehendste Individualisirung, sowie die Anpassung an die Toleranz und die Constitution der Kranken und vermeidet eine Quecksilberübersättigung des Organismus.

3. Diese Methode bringt in den leichteren und mittelschweren Fällen von recenter Lues, sowie bei Recidiven überhaupt die Erscheinungen sehr rasch zum Schwinden.

4. Sie entfaltet eine besonders günstige und rasche Einwirkung auf die Kehlkopfsyphilis, ohne locale Behandlung zur Unterstützung zu beanspruchen.

5. Schließlich eignet sie sich auch sehr gut für die ambulatorische Behandlung und stellt das weitaus billigste Antisyphiliticum dar. M. L.

Dr. Kobylin (Pjatigorsk): **Ueber die Bedeutung der Schwefelwannenbäder in der Syphilisbehandlung.** (Vortrag in der Russischen balneologischen Gesellschaft zu Pjatigorsk. Wratsch 1898, No. 42.)

Vortragender gelangte auf Grund seiner in angegebener Richtung angestellten Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Schwefelwannenbäder haben in Bezug auf Syphilis weder specifische, noch diagnostische Bedeutung; im progressiven Stadium der Krankheit vermögen sie eine Exacerbation der syphilitischen Erscheinungen herbeizuführen; in diesem Stadium ist die systematische Anwendung von Schwefelwannenbädern von höherer als indifferenter Temperatur contraindicirt.

2. Der Nutzen der Schwefelbäder läßt sich ebenso wie bei allen anderen Bädern durch folgende Momente erklären: Steigerung des Gas- und Stickstoffwechsels, Besserung der Stickstoffassimilation und quantitative Besserung des Stickstoffwechsels, sowie schließlich gesteigerte Ausscheidung des Quecksilbers, das im Organismus bereits gewirkt hat und keine weitere therapeutische Wirkung mehr entfaltet.

3. Zur Lösung der Frage, ob Schwefelwannenbäder in ihrer Wirkung qualitative und quantitative Eigentümlichkeiten darbieten, sind experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkung der Schwefelwannenbäder im Vergleich zu der anderer Bäder erforderlich.

4. Der Einfluß der Bäder auf den Stoffwechsel bei Personen mit geschwächtem allgemeinen Ernährungszustand ist nur dann als günstig zu betrachten, wenn die gesteigerte Stickstoffausscheidung die gesteigerte Stickstoffassimilation nicht zu sehr überragt.

5. Es ist höchst wahrscheinlich, daß die hohe Sommertemperatur in Pjatigorsk schon an und für sich den Stoffwechsel steigert.

6. Ein bedeutender Teil der günstigen Wirkung der Schwefelbäder ist

auf Rechnung der geregelten Lebensweise des Patienten im Badeorte zu setzen.

7. Das Verweilen in der mit Schwefelwasserstoff gesättigten Atmosphäre des Badezimmers wirkt ungünstig auf den allgemeinen Ernährungszustand anämischer Personen.

8. Die Verordnung von warmen und heißen Bädern in Zwischenpausen der Quecksilberbehandlung ist zweckmäßig.

9. Die gleichzeitige Behandlung der manifesten Syphilis mit Quecksilber und warmen Bädern ist, falls keine besonderen Indicationen zur Application von Wärme vorhanden sind, unzweckmäßig.

10. Bei prophylactischer Quecksilberbehandlung ist die gleichzeitige Anwendung von Wannenbädern und Quecksilber zulässig.

Auf die Wiedergabe der weiteren Schlußfolgerungen des Vortragenden verzichten wir, da sie nur locales Interesse haben. Li.

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Dr. Alexander: **A Case of Complete Amputation of the Penis for Epithelioma.** (Medical Record, 19. November 1898.)

Der sehr interessante Fall betrifft einen 45jährigen Patienten, der vor 20 Jahren an Gonorrhoe erkrankt war. Vor 15 Jahren entwickelte sich bei ihm in der rechten Inguinalgegend eine Geschwulst, welche nach Incision und Entleerung in 2 Wochen abheilte. Vor 2 Jahren begann bei dem Patienten der rechte Hode zu schwellen und schmerzhaft zu werden, die Schwellung nahm allmählich zu, und nach 6 Monaten zeigte der Hode doppelte Größe; zu dieser Zeit entstand auch auf der einen Seite des Hodens ein Bläschen, welches gelbliche Flüssigkeit entleerte und in 14 Tagen abheilte, ohne jedoch daß die Schwellung des Hodens sich verringerte. 4 Monate später entstand eine neue Blase, die über 2 Monate secernirte und erst im Krankenhause abheilte. Nach weiteren 4 Monaten zeigte sich ein Bläschen auf der unteren Oberfläche des Penis in der Glans, welches sich sehr schnell nach der Tiefe hin fortentwickelte, so daß innerhalb eines Monats auf der unteren Oberfläche des Penis in der Nähe der Corona eine Harnröhrenfistel entstand. Bald entwickelte sich ein kleines Geschwür auf der oberen Oberfläche des Penis, der sich bei der Untersuchung geschwollen, gespannt und entzündet zeigte. Die normale Oeffnung der Röhre war geschlossen, der Harn entleerte sich durch die eben bezeichnete Fistel: das kleine Geschwür auf der oberen Oberfläche des Penis hatte inzwischen die ganze linke Seite der Glans und das Präputium ergriffen. Die den Penis bedeckende Haut

war in ihrer ganzen Ausdehnung indurirt.[5]) — Operation: Das Scrotum wurde zwischen den beiden Hoden in zwei Teile geteilt; hierauf wurde dem Damm entlang eine Incision gemacht, die Urethra freigelegt und excidirt. Nun machte man um den Penis herum in der Entfernung von einem halben Zoll in seiner Basis eine Incision und schnitt denselben nach Abpräparirung der Crura penis vom Knochen mittelst periostalen Elevators ab. Die tiefer liegenden Weichteile der Wunde wurden mit Catgut genäht, das centrale Ende der Harnröhre wurde mit demselben Material an die Haut befestigt, die Harnblase mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült und drainirt. Die Hautwunde wurde mit Silkwormnaht geschlossen unter Zurücklassung eines Drains im oberen Teil der Wunde. In die Harnblase wurde ein Dauerkatheter eingeführt: nach 10 Tagen vermochte jedoch der Patient ohne Hilfe des Katheters zu uriniren. Li.

Dr. Bilhaut: **Ueber einen eigentümlichen Fall von Fremdkörper in den Wandungen des Penis.** (La revue médicale, 28. December 1898.)

Bei dem 10jährigen Knaben, der dem Verf. zugeführt wurde, befand sich an der Wurzel des Penis eine runde, längliche, ringförmige Geschwulst, die den ganzen Penis umgab, auf der Rückenfläche am deutlichsten und an den Seitenflächen etwas geringer hervortrat. Auf der Rückenfläche zeigte die Geschwulst einen Fistelgang, aus dem bei Druck Eiter ausfloß. Sonst bestand nichts Abnormes. Das Befragen des Kindes ergab keinen Anhaltspunkt für die Erklärung der bestehenden Affection. Verf. machte nun in Chloroformnarcose auf der Rückenfläche des Penis eine tiefe Incision und fand, daß die Geschwulst durch einen derben, in der Mittellinie des Penis geknoteten Faden bedingt war. Der Faden konnte leicht entfernt werden, und da keine Necrose bestand, so erfolgte baldige vollständige Heilung. Wie der Faden in die Haut gekommen ist, war aus dem Knaben nicht herauszubringen. M. L.

Dr. Kmita (Elanetz, Gouvernement Cherson): **Ein Fall von totaler Abreissung des Penis.** (Wratsch 1898, No. 48.)

Der 30jährige Patient zog sich diese überaus seltene Verletzung gelegentlich eines Unfalles bei der Bedienung einer Dreschmaschine zu. Es bestand vollständige Abreißung, gleichsam Enucleation des Penis bis dicht an die Pars bulbaris des Corpus cavernosum der Harnröhre. Der Hodensack war kindskopfgroß und mit Blutgerinnseln gefüllt; im oberen Teile desselben, dicht an der Symphyse befand sich eine kleine, runde Oeffnung, in der außer Blutgerinnsel nichts zu fühlen war. Die Einführung eines Katheters erwies sich als unmöglich. Die blutenden Gefäße zu unterbinden gelang gleichfalls nicht, so daß die Hodensackhöhle nach Reinigung von den Blutgerinnseln und Ausspülung mit Borsäure tamponirt werden mußte.

[5]) Die Diagnose wurde demnach auf Epithelioma penis gestellt.

Nach zwei Stunden stellte sich spontane Miction ein, so daß von einem chirurgischen Eingriff abgesehen werden konnte. Nach ca. drei Wochen Retentio urinae und Operation unter Schleich'scher Localanästhesie. Die Incision wurde von der oben bezeichneten Oeffnung der Hodensacknaht entlang nach unten bis zur Symphyse geführt. Unmittelbar unter den Aesten der Oss. pubis wurde eine in Granulirung begriffene Oeffnung gefunden, die nach der Harnblase führte; in diese Oeffnung wurde ein halbweicher Verweilkatheter eingeführt und die Naht so angelegt, daß jeder Hode in einen besonderen Hautsack eingeschlossen wurde; im unteren Winkel des Hodensackes wurde am Damm eine Oeffnung in der Haut zurückgelassen, die als Oeffnung der Harnröhre dienen sollte. Der Erfolg der Operation war zufriedenstellend: der Patient verließ mit ziemlich gut gebildeter Harnröhre und befriedigendem Allgemeinzustand das Krankenhaus.

Lubowski.

Dr. Wolodsko: **Ein Fall von Fremdkörper am Penis.** (Wratsch 1899, No. 4.)

Ein 11jähriger Knabe steckte sich einen Ring auf den Penis so tief, daß er ihn nicht mehr herunternehmen konnte. In der Befürchtung, Schläge zu bekommen, verheimlichte er den Vorfall so lange, bis schließlich der Vater des Kranken bemerkt hatte, daß derselbe kaum gehen konnte, und so waren fünf Tage vergangen, bis der Knabe dem Verf. zugeführt wurde. Die Untersuchung ergab am Penis dicht an der Symphyse einen Ring von 14 mm im Diameter. Der Penis war geschwollen und ödematös. Der Harn floß im dünnen Strahl, fast tropfenweise ab, die Urination war schmerzhaft. Die Ränder des Ringes saßen in der Haut des Penis eingeschnitten. Inguinaldrüsen etwas vergrößert. Von einer Entfernung des Ringes in toto konnte nicht die Rede sein; vielmehr wurde derselbe nach vorheriger Cocainisirung der Penishaut mittelst dünner Feile durchsägt, an beiden Rändern mit Zangen gefaßt und abgebogen. Li.

Dr. Neumann (Wien): **Tuberculose der Genitalien bei einem Kinde in Folge ritueller Circumcision.** (Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 6.)

Das sechs Monate alte, aus gesunder Familie stammende Kind erkrankte einige Tage nach der stattgehabten rituellen Circumcision mit Rötung und Schwellung des Gliedes. Trotz ärztlicher Behandlung mit Sublimat und Lapissalbe heilte der Proceß nicht, vielmehr traten in den Leistenbeugen beiderseits Drüsenschwellungen ein. Das Kind ist seinem Alter entsprechend stark gebaut, gut genährt. Glans penis intact. An der ganzen Penishaut ringförmig dicht aneinanderstoßende, quergestellte, meist bohnengroße Geschwüre mit unterminirten, oft buchtig unterwühlten, wie angenagten, welken, leicht livid gefärbten Rändern und mit einem dünnen eitrigen Belag auf dem fein höckerigen Grunde. An der rechten Seite der Penishaut sind

einige gleich große Narben nach bereits geheilten Geschwüren. An der Unterseite reichen die Geschwüre, dicht gedrängt und circulär gestellt, bis an's Scrotum, links findet sich in der Leistenbeuge eine kleinapfelgroße Geschwulst, über welcher die Haut normal und verschiebbar ist, rechts mehrere haselnußgroße teigig-weiche Drüsen.

Die histologische Untersuchung der exstirpirten Lymphdrüse rechtfertigte den Verdacht auf Tuberculose, um so mehr, als von demselben Beschneider innerhalb eines halben Jahres sechs Kinder unter ähnlichen Erscheinungen erkrankt waren.

(Wir unsererseits zweifeln nicht daran, daß es sich hier thatsächlich um eine auf den Act der Circumcision zurückzuführende tuberculöse Infection gehandelt hatte, und zwar aus folgenden Gründen: In den ärmeren, orthodoxen Kreisen der jüdischen Bevölkerung wird die Circumcision auch heute noch nach altem Brauch ausgeführt, der puncto Blutstillung geradezu als entsetzlich bezeichnet werden muß: die leider nicht immer geringfügige Blutung wird durch Saugen am Penis des Kindes, ausgeführt von dem Beschneider selbst oder von einer anderen, besonders ehrwürdigen und meist älteren Person, gestillt resp. zu stillen gesucht. Wenn man nun bedenkt, wie gerade in den ärmeren jüdischen Volksschichten die Tuberculose so verbreitet ist, so wird man zugeben, daß die Möglichkeit der tuberculösen Infection der frischen Wunde in hohem Maße gegeben ist. Dagegen kann man in solchen Fällen jeden Verdacht auf Syphilis fast mit absoluter Sicherheit ausschließen; denn in denjenigen orthodoxen Kreisen, in denen noch so streng der alte Brauch der Blutstillung bei der Circumcision gehalten wird, dürfte die Syphilis, wenn überhaupt, so doch äußerst selten vorkommen. Anm. des Ref.) Lubowski.

Inguianni: **Die Wiedererzeugung der Harnröhre bei dem männlichen Tier und die Bildung einer künstlichen Harnröhre.** (XIII. Congreß der italienischen Gesellschaft für Chirurgie, Turin 1898.)

I. schnitt Hunden verschieden lange Stücke der perinealen Harnröhre aus; die Harnröhre bildete sich immer in mehr minder langer Zeit um einen eingelegten Katheter neu. Der neugebildete Canal bestand nicht nur in einfachem bindegewebigen Nierengewebe, sondern cavernöses Gewebe und Mucosa mit Epithel waren ebenfalls neugebildet. I. hat ferner die Reproduction der Harnröhre an einem nicht physiologischen Ort versucht. Er durchstach das subcutane Gewebe des Abdomen mit einer starken und langen Nadel und führte dieselbe am Damm heraus an einen Punkt, wo er vorher die Corpora cavernosa freigelegt und ein Stück normaler Harnröhre resecirt hatte. Der centrale Teil der noch vorhandenen Harnröhre wurde in den unteren Teil des im Abdomen geschaffenen Canals eingepflanzt. Nach einiger Zeit bemerkte man, daß sich von dem abgelenkten Teil der Harnröhre aus um den eingelegten Katheter eine Gewebsschicht gebildet hatte; das Mikroskop erwies dieselbe als a) eine Mucosa mit Epithel, b) eine Schicht

cavernösen Gewebes — verschieden vom normalen durch mehrere obliterirte Höhlen — und c) ein wenig dickes Bindegewebe.

Der Autor zieht folgende Schlußfolgerungen:

1. Es ist möglich, experimentell die Wiedererzeugung eines mehr oder weniger langen Harnröhrenabschnittes zu erreichen.

2. Mucosa und cavernöses Gewebe bilden sich neu, Muskelgewebe nicht.

3. Die Regeneration geht von den Urethralstümpfen aus.

4. Die Proliferation der Elemente der verschiedenen Schichten bedeckt die Oberfläche der über dem Katheter präformirten Granulationen. Diese Proliferation erfolgt umgekehrt proportional der durch die Operation in den Geweben veranlaßten Reaction; je geringer die Entzündung nach der Operation, desto schneller und vollständiger die Gewebsproliferation.

5. Die Höhlen des cavernösen Gewebes erreichen das Maximum ihrer Ausdehnung nach 15—30 Tagen; danach verkleinern sie sich durch die narbige Retraction der umgebenden Gewebe; zur völligen Obliteration kommt es nur selten.

6. Die Wiederherstellung des Urethralcanals ist selbst möglich inmitten von Geweben, welche durch ihre Natur und ihre Disposition von den die Harnröhre normaler Weise umgebenden Geweben durchaus verschieden sind.

Mankiewicz.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Manley (New-York): **Multilocular Dermoid Cyst of the Scrotum.** (The Medical Record, 3. December 1898.)

Es handelt sich um einen 60jährigen Patienten mit multiloculärer Dermoidcyste des Scrotums, die nicht weniger als 14¾ Pfund wog und mittelst eines um die Schulter geworfenen Bandes gestützt werden mußte. Die mittelst hypodermaler Punction gewonnene Flüssigkeit zeigte diejenigen Bestandteile, die in Dermoidcysten stets gefunden zu werden pflegen. Die Cyste wurde drainirt, und zwar mit gutem Erfolg. Li.

Dr. Most (Breslau): **Ueber maligne Hodengeschwülste und ihre Metastasen.** (Virchow's Archiv 1898, Bd. 154, Heft 1.)

Verf. bespricht in vorliegender Abhandlung auf Grund mehrerer entsprechender Beobachtungen einige Fragen aus der Pathologie und Chirurgie der malignen Hodengeschwülste. Bezüglich der histologischen Befunde in den vom Verf. beobachteten Fällen, deren Zahl insgesamt 16 beträgt, machte sich die besonders auffallende Thatsache bemerkbar, daß sich in keinem Falle die Geschwulst als Carcinom erwiesen hatte. In den meisten Fällen

handelte es sich um Alveolarsarcom, auf welches besonders Ehrendorfer hingewiesen hat. Das hervorstechendste Merkmal im klinischen Verlauf der malignen Hodentumoren ist ihre außerordentliche Bösartigkeit, welche durch rasche Metastasenbildung, und zwar zuerst und vorzüglich in in den retroperitonealen Drüsen, bedingt ist. Radicalheilungen kommen nach Operationen maligner Hodentumoren zwar vor, doch sind es Ausnahmefälle. Im Kindesalter scheint ein besonders bösartiger Verlauf Regel zu sein: die Kinder sterben meist in Jahresfrist an Recidiven und Metastasen. Beim Erwachsenen werden als Durchschnitt der gesamten Krankheitsdauer etwa zwei Jahre gerechnet; manchmal erfolgt der Tod schon früher, und eine wesentliche Verlängerung des Lebens durch die Operation gehört zu den Ausnahmefällen. Diese enorme Bösartigkeit der malignen Hodentumoren ist auffallend, um so mehr, als der Hoden durch die straffe Albuginea von der Umgebung relativ lange isolirt bleibt und mit dem Gesamtorganismus nur durch das Gefäßbündel des Funiculus spermaticus in organischem Zusammenhange steht. Für die schlechte Prognose ist der schleichende, oft symptomlose Beginn des Leidens mit verantwortlich zu machen, insofern, als der Kranke den rechten Zeitpunkt für die Operation verstreichen läßt. Außerdem bietet die außerordentlich reiche Versorgung des Hodens mit Blut- und Lymphgefäßen den Tumorzellen eine günstige Gelegenheit zu schneller Verschleppung und Metastasenbildung, was sich darin documentirt, daß die klinisch wichtigsten und ersten Tochtergeschwülste in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle von malignen Hodentumoren sich in den abführenden Lymphbahnen zeigen. Von diesem Standpunkt ausgehend, betrachtet Verf. den selteneren Scirrhus als weniger bösartig, als die in der Regel weicheren Formen, welche das Organ rasch durchsetzen. Die Rolle des Lymphapparates des Hodens in der Verbreitung der malignen Tumoren desselben in ihrer ganzen Wichtigkeit anerkennend, hat Verf. behufs Studiums des Lymphapparates des Hodens eine Reihe von Injectionsversuchen an Leichen angestellt. Das vorläufige Ergebnis der noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen ist folgendes: Mit dem Funiculus spermaticus verlassen die zahlreichen Lymphgefäße des Hodens denselben und ziehen mit ihm in 4—6 größeren Stämmen beim Erwachsenen durch den Leistencanal und hinter dem Bauchfell bis etwa zur Höhe des unteren Nierenpoles. Dort angelangt, verlassen sie den Spermaticalstrang, um medianwärts abzubiegen und alsbald in die ersten Drüsen einzumünden. Auf diesem Verlauf entlang dem Funiculus spermaticus kreuzen sich die Stämme mannigfach, seltener gehen sie Anastomosen ein; aber nirgends geben sie Aeste, weder an den Leistencanal, die untere Bauchwand, noch an näher gelegene Organe ab. Die ersten Drüsen liegen, meist zwei bis vier an Zahl, links nahe der Aorta, rechts hingegen ausnahmslos direct auf der Vena cava. Diese ersten Drüsen anastomosiren links mit solchen hart an und auf der Aorta, rechts mit Drüsen, welche sich zwischen der Vena cava und Aorta befinden. In diese letzteren münden auch Gefäße aus den Drüsen der linken Seite. Hinter den großen Bauchgefäßen breitet sich ein

Gefäßnetz mit Drüsen aus, nach unten bis an die Bifurcationsstelle der ersteren, nach oben bis in die Nähe der Cysterna chyli. Der Abfluß der Lymphe aus diesen Gebieten wird durch Aeste vermittelt, welche hinter den großen Bauch-, sowie vor den linken Nierengefäßen nach oben verlaufen und dann in die Cysterna chyli einmünden. Die Anwendung dieser anatomischen Betrachtungen auf die Pathologie maligner Hodengeschwülste ergiebt sich leicht: der Weg der Verbreitung derselben geht von den Lymphbahnen des Samenstranges hinauf durch die Lumbaldrüsen zum Ductus thoracicus und durch ihn in den Blutkreislauf.

Was nun die Aussichten der chirurgischen Intervention betrifft, so sind sie im Grossen und Ganzen recht trostlos. Vor Allem wird sie äußerst erschwert einmal durch die meist bedeutende Größe der Geschwülste, ferner durch ihr rasches Verwachsen mit der Umgebung und schließlich durch die Gefahr einer erheblichen Blutung. Bei den metastatischen Drüsengeschwülsten liegen die Verhältnisse noch schlimmer, denn diese entwickeln sich schnell und verwachsen bald mit der Umgebung, und zwar zuerst mit den großen Bauchgefäßen. Dabei stehen die Gefahren des chirurgischen Eingriffs in keinem Verhältnis zu dem geringen Nutzen, den letzterer dem Kranken zu bieten im Stande ist; die Operation dürfte in Folge dessen in Erwägung zu ziehen sein entweder bei klinisch ausnahmsweise günstig gearteten Fällen oder in Fällen, in denen die Indicatio vitae ein actives Vorgehen erheischt; eine Radicalheilung wird in keinem Falle Zweck der chirurgischen Behandlung sein, und in der Regel ist eine solche überhaupt abzulehnen. Li.

Beurnier: **Castration pour testicule tuberculeux avec ablation d'une longueur considérable de la partie intraabdominale du canal déférent.** (Société de chirurgie 1898. Revue de chirurgie 1899, II.)

26jähriger Mann leidet seit sechs Wochen an einer Schwellung des Scrotum; der Nebenhoden ist groß, hart und gebuckelt, das Vas deferens ist doppelt so dick als normal, hart und perlschnurförmig bis in den Leistencanal. Prostata und Samenblasen gesund. Da Tuberculose als sicher angenommen wird, incidirt B. das Scrotum, eröffnet die Tunica vaginalis und zieht den Hoden heraus; darauf macht er den Samenstrang frei und unterbindet und durchtrennt alle Gefäße desselben; er eröffnet darauf die vordere Wand des Canalis inguinalis und löst den Samenstrang bis zur inneren Oeffnung des Leistencanals los; da der Samenstrang auch hier noch nicht gesund, verlängert B. die Incision um 3 cm, schiebt das Peritoneum mit dem Zeigefinger zurück und zieht den Samenstrang so weit heraus, bis er ihn im Gesunden (5 cm von seinem Ende) abtragen kann. Nach Wiederherstellung des Leistencanals volle Naht ohne Drainage. Prima intentio. Man kann auf diesem Wege den Samenstrang bis an sein Ende verfolgen und selbst kranke Samenblasen entfernen (Villeneuve). Mankiewicz.

Dr. Esau (Ekaterinoslau): **Ein Fall von Selbstcastration.** (Wratsch 1899, No. 4.)

Der eigenartige Fall betrifft einen 16jährigen Schüler, der seit einigen Jahren dem Laster der Onanie ergeben war und dem eine populäre Broschüre über Onanie und ihre Folgen in die Hände fiel. Es ist bekannt, in welcher übertriebenen Weise derartige Broschüren, meistenteils Machwerke gewissenloser Speculanten, die Folgen der Onanie schildern und welches Unheil sie unter den unglücklichen Opfern der Onanie anrichten. Im vorliegenden Fall wirkte die Lectüre des Machwerkes auf den unglücklichen Knaben derart, daß derselbe, um sich ein für allemal von dem Laster der Onanie zu befreien, Selbstcastration beging. Mit der linken Hand Hodensack nebst Hoden straff anziehend, schnitt er sich dieselben mit einem Schlag des speciell zu diesem Zweck gekauften Rasirmessers vollständig ab. Nun machte der unglückliche Knabe die grössten Anstrengungen, mit kaltem Wasser und Umschlägen die Blutung einzuhalten; das gelang ihm natürlich nicht, und in seiner Todesangst machte er sich auf den Weg nach dem nächsten Krankenhaus, das von seinem Wohnort einige Kilometer entfernt lag. Hier wurden vor Allem die An. sperm. verbunden und dann die Wunde des Hodensackes genäht. Fieberloser, postoperatorischer Verlauf. Am fünften Tage wurden die Nähte entfernt. Heilung per primam. M. L.

Dr. Sturgis (New-York): **Are Complete Castrates Capable of Procreation?** (The Medical News, 8. October 1898. S.-A.)

Verf. faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen über die Frage, ob vollständig castrirte Individuen zeugungsfähig sind, in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Bei Tieren wurden in verschiedenen Zeiträumen nach der vollständigen Castration im Inhalte der Samenbläschen normale Spermatozoen gefunden.

2. Diese Zeiträume sind bei verschiedenen Tieren verschieden: bei Hunden betrug der Zwischenraum zwischen Castration und letztem positiven Ausfallen der Spermauntersuchung 6 Tage, bei Katzen 7 und bei Meerschweinchen 14 Tage.

3. Was Menschen betrifft, so sind zwar klinische Fälle von Befruchtung durch vollständig castrirte Individuen bekannt. Jedoch muß man bei der Prüfung derselben daran denken, daß gewisse „Zwischenfälle" auch in den besten Familien vorkommen können. Immerhin beweist der Fall von Princeteau, daß Spermatozoen innerhalb eines gewissen Zeitraumes in den Samenbläschen von Eunuchen gefunden werden können, was auch per analogiam mit den oben angegebenen Befunden bei Tieren als durchaus möglich angenommen werden kann.

4. Verfolgt man diese Analogie weiter, so kann man annehmen, daß ein vollständig Castrirter der Befruchtung fähig ist, wenn er den Coitus innerhalb der ersten 7 Tage nach der Castration ausführt. Lubowski.

Dr. Juvara (Bukarest): **Behandlung der Hydrocele durch Eversion der Tunica vaginalis.** (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 4.)

Die Operation kann entweder mit allgemeiner oder mit localer Narcose ausgeführt werden. Die Technik ist folgende:

1. Moment. Incision des Scrotums. Man macht an der oberen Hälfte der vorderen Fläche des Scrotums einen $2^1/_2$—3 cm langen Schnitt. Mit der stumpfen Sonde werden die beiden Schnittränder in einer Länge von 1—2 cm abgelöst, die Tunica vaginalis tritt dann hernienartig zwischen den Schnitträndern hervor.

2. Moment. Punction und Eversion der Tunica vaginalis. Mit der Spitze des Bistouri wird die Tunica vaginalis eröffnet und der Flüssigkeitsstrahl gegen ein bereitgehaltenes Gefäß gerichtet. Der Einstich der Tunica vaginalis wird mit der Scheere bis auf 2—3 cm verlängert. Der Hoden wird durch diese Schnittöffnung aus der Tunica vaginalis herausgedrückt, welch' letztere auf diese Weise sich umschlägt. Es wird leicht mit der Fingerspitze der Samenstrang und in seiner Länge die Tunica vaginalis, welche ihn manchettenartig umgiebt, losgelöst und der Hoden wieder an seinen Ort zurückgebracht. In einzelnen Fällen ist es notwendig, wenn der Schnitt der Tunica vaginalis zu groß ist, den vaginalen Schnittrand der zellig-fibrösen Scheide des Samenstranges mit einer fortlaufenden Naht zu nähen, damit die Tunica vaginalis sich nicht wieder auf den Hoden umschlage. Wenn irrtümlicher Weise die Vaginalis zu tief in ihrem unteren Teile eingeschnitten wird, so hat sie, umgeschlagen, nicht mehr die Form einer Manchette, sondern eines aus zwei Lappen bestehenden Mantels, welche an ihren Rändern längs des Samenstranges vernäht werden müssen. In einzelnen Fällen, wenn die Tunica vaginalis zu weit ist, kann man die Resection eines Teiles mit der Eversion des anderen, dem Testikel adhärenten, verbinden. Zu diesem Zwecke beginnt man die Vaginalis zu präpariren, indem man sie mit einer gezähnten Pincette auf einem in die Höhle eingeführten Finger von den sie bedeckenden Geweben ablöst. Man resecirt so vom oberen und vorderen Teil der Tasche den nötigen Teil, dann schlägt man den am Testikel noch adhärenten Teil um, indem man ihn an die Scheide des Samenstranges annäht, und completirt dann den Sack um den Samenstrang durch Vernähung der Ränder.

3. Moment. Hautnaht. Die Schnittränder werden durch eine fortlaufende Catgutnaht No. 0 vereinigt. Die Wunde wird mit einem leicht comprimirenden, mit Guttapercha bedeckten Verband versehen und das Scrotum direct in ein gut wattirtes Suspensorium gelegt. Am zweiten oder dritten Tage kann der Patient das Bett verlassen; am siebenten oder achten Tage ist die Wunde vollständig geheilt. M. L.

Pascale: **Chronische Entzündung der Scheidenhaut des Hodens.** (XIII. Congr. d. italien. Gesellsch. f. Chirurgie, Turin 1898.)

P. hat zur Klärung der Frage klinische, histologische und experimentelle Untersuchungen angestellt. Die Experimente wurden an Hunden vorge-

nommen, deren Tunica vaginalis testis man durch mechanische oder chemische Mittel reizte. Pathologisch-anatomisch kommt der Autor zur Aufstellung von vier Formen.

1. Die hydropische Form, characterisirt durch wohlerhaltenes Epithel, gut färbbare, den Fibroblasten ähnliche Elemente des Bindegewebes; das letztere ist noch streifig, sieht aber homogener, fast hydropisch aus; Muskelfasern finden sich hier und dort eingestreut. Diese Form kann leicht durch Restitutio ad integrum heilen und ist durch Reizung hervorgebracht.

2. Die hyperplastisch-parenchymatöse Form; das Epithel hält sich lange, schließlich degenerirt es und fällt ab. Die Gefäße, besonders die mittleren Arterien, sind verdickt mit mehr weniger ausgedehnter Endarteriitis proliferans; das Endothel der Gefäße ist meist normal, selbst wenn die Proliferation fast das ganze Gefäßlumen verstopft hat. Alle Gewebe der Tunica hyperplasiren, Bindegewebe, elastische Fasern und glatte Muskelfasern, so daß man knopfförmige Gebilde aller Art beobachten kann.

3. Die vasculäre Form mit reichlicher Neubildung weiter, dünnwandiger, stark gefüllter Capillaren, welche zu parenchymatösen und zu Blutungen in Hohlräume neigt. Diese Form nähert sich der Pachyvaginalitis haemorrhagica Virchow's.

4. Die degenerative Form ist characterisirt durch den schnellen Abfall des Epithels; das Bindegewebe proliferirt zuerst, dann verliert es seine fibrilläre Natur und wird homogen; Höhlen enthalten noch geformte Elemente, doch verschwinden auch diese, so daß die ganze Tunica wie ein homogenes Gewebe in Lamellen geteilt aussieht, von der Consistenz des Pergaments und einer gewissen Aehnlichkeit mit Knorpel; knorpelige Elemente wurden aber nie gefunden. Später kommt es in den Lacunen zu Verkalkungen, welche bis zur Bildung von Lamellen und Steinen sich vergrößern können.

Wahre Ossification, wie sie Virchow berichtet hat, hat P. nie beobachtet. Mankiewicz.

Le Dentu: **Observation d'hydrocèle loiteux, de lymphangiomes et d'adenolympholètes.** (Société de chirurgie 1898. Revue de chirurgie 1899, I.)

Fünf Beobachtungen, von welchen nur drei hier interessiren.

1. 50jähr. Mann aus Guadeloupe hat eine nur teilweise durchscheinende Hydrocele. Die Operation ergiebt eine weißliche Flüssigkeit ohne Filaria; aber im Blut viel Filaria-Embryonen.

2. 18jähriger Mann aus Reunion leidet an Lymphoscrotum, Adenolymphocele inguinocruralis und Varicocele lymphatica. Nach einigem Suchen Filarien im Blut. Resection des Scrotum, Entfernung der Drüsen und der Lymphocele. Heilung.

3. 28jähriger Mann aus Reunion mit Adenolymphocele cruralis duplex et Elephantiasis scroti. Immer Recidiven, weil noch Filarien im Blut.

Folgerungen: 1. Die Structur der angeborenen und nicht angeborenen Lymphangiome bei Individuen, welche nie im heißen Klima gelebt haben, ist genau dieselbe wie die solcher Geschwülste bei Individuen, welche mehr als fünf Jahre im heißen Klima gelebt haben oder dort geboren sind. 2. Diese Aehnlichkeit der Structur und die Notwendigkeit eines schon ziemlich langen Aufenthaltes im heißen Klima führt vielleicht dazu, die bisher ausschließlich der Einwirkung der Filaria zugeschriebenen krankhaften Veränderungen dem combinirten Einfluß des heißen Klimas und der Parasiten zur Last zu legen. 3. Manche dieser Erkrankungen können durch heute in Folge der Asepsis unschuldige Operationen bekämpft und beseitigt werden. 4. Die Heilungen müssen immer durch längeren Aufenthalt in kühlem Klima befestigt werden; Recidive sind bei Rückkehr in's warme Klima immer möglich. Mankiewicz.

Dr. J. Karlowicz (Warschau): **Ueber den Einfluss der Castration auf die Prostata. Experimentelle Untersuchung.** (Warschau 1898.)

Die vorliegende Arbeit, der genauestes Studium der Litteratur, sowie zahlreiche eigene experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen des Verf.'s zu Grunde liegen, ist wegen ihrer Exactheit ganz besonders dazu angethan, in die strittige Frage der Wechselbeziehungen zwischen Castration und Prostata entscheidend einzugreifen. Die Schlüsse, zu denen Verf. auf Grund seiner Experimente gelangt, sind folgende: Die Prostata erreicht ihre vollständige Entwicklung entweder gleichzeitig mit dem Eintritt der Pubertätoder nach dem Eintritt derselben. Bei Entwicklungsfehlern der Genitalien und bei Castration vor Eintritt der Pubertät bleibt die Prostata in ihrer Entwicklung zurück. Bei Erwachsenen führt die Castration eine Verkleinerung der Prostata herbei, bedingt durch Störung der Blutcirculation in Folge hyaliner Degeneration der Gefäße. Die Verkleinerung beruht auf Schwund der Drüsenelemente und Ersatz derselben durch Bindegewebe. Bei Prostatahypertrophie bewirkt die Castration gleichfalls eine Volumsabnahme der Drüse. Die doppelseitige Unterbindung bezw. Resection der Vasa deferentia übt auf die Prostata dieselbe Wirkung aus, wie die beiderseitige Castration. Li.

Prof. Rydygier: **Die Bottini'sche Methode der Prostatahypertrophie-Behandlung kann ausnahmsweise auch gefährlich werden.** (Gazeta lekarska 1899, No. 1.)

Auf Grund einiger in obiger Richtung gemachten Erfahrungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Bottini'sche Methode der Prostatahypertrophie-Behandlung ist keineswegs als ein absolut harmloses Verfahren anzusehen; sie kann bisweilen den Tod des Patienten an Sepsis herbeiführen.

2. Ganz besonders ist dieser Gefahr in den Fällen Rechnung zu tragen,

in denen der mittlere Lobus der Drüse wenig oder gar nicht hypertrophirt ist, und in denen die Cauterisation von hinten zu tief gemacht wird.

3. Es wäre deshalb sehr erwünscht, daß man genau feststellen könnte, welcher Teil der Prostata am meisten hypertrophirt ist, was u. A. namentlich von Frisch betont wird. Aber selbst einer solchen Autorität wie Guyon gelingt diese Feststellung bei der Genitaluntersuchung nicht, und auch die Untersuchung mittelst Cystoskops wird in vielen Fällen kein besseres Resultat ergeben.

4. Der Bottini'sche Apparat, namentlich der Accumulator functionirt nicht immer regelmäßig, so daß die Klinge beispielsweise bei den folgenden Incisionen nicht mehr in genügendem Grade zum Erglühen gebracht wird. Allerdings befindet sich auf dem von Freudenberg verbesserten Apparat ein Ampèremeter, der die Spannung des Stromes anzeigt, und aus diesem Grunde, wie auch aus vielen anderen, ist der Freudenberg'sche Apparat dem Bottini'schen Originalapparat vorzuziehen.

5. Weiteren Untersuchungen bleibt es vorbehalten, zu zeigen, ob es nicht vorteilhafter wäre, in die Harnblase nach der Operation einen Dauerkatheter einzuführen. Lubowski.

Dr. Moritz Popper (Budapest): **Therapie der Schlafpollutionen, Spermatorrhoe und einiger Prostataaffectionen mittelst Faradisirung der Prostata.** (Wiener medicin. Blätter 1899, No. 1—4.)

Verf. hat in einer Reihe von Fällen, in denen es sich um die in der Ueberschrift bezeichneten Affectionen gehandelt hatte, den faradischen Strom angewandt. Es ist ihm nämlich gelungen, durch den Gebrauch zweckentsprechender Electroden die Prostata mittelst des faradischen Stromes in Function zu setzen. Da man nun aber im Stande ist, die Intensität des faradischen Stromes abwechselnd zu steigern und zu vermindern und dementsprechend die Musculatur der Prostata abwechselnd in Action und Ruhe zu versetzen, so kann man auch bei der erkrankten Prostata den normalen fast gleichkommende Functionsverhältnisse erzielen und dieselben im Fall herabgesetzter Functionsfähigkeit befördern und unterstützen. Die an seinen Fällen gesammelten Erfahrungen faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen: 1. Die active Infunctionsetzung der Prostata mittelst faradischen Stromes ist vorteilhafter als die mechanisch wirkende Massage. 2 In acuten nicht schmerzhaften Fällen von Prostatitis ist es durch active Infunctionsetzung der Prostata möglich, den in den Drüsen und Ausführungsgängen angehäuften gonokokkenhaltigen Eiter zu entleeren. 3. Bei der chronischen Prostatitis, welche meistens den einzigen Grund der recidivirenden chronischen Gonorrhoen darstellt, kann durch diese Behandlungsmethode eine Verkleinerung der Drüse erzielt werden; ferner scheint es, daß die Schläge des faradischen Stromes schädigend auf die Virulenz der Gonokokken einwirken. Die Prostatitis kommt zur Heilung, die recidivirenden Blennorrhoen bleiben aus. 4. In einem Fall von Prostatahypertrophie von fünf-

jähriger Dauer mit Residualharn und relativer Blasenatonie ist es Verf. gelungen, eine vollständige Verkleinerung der Drüse und damit eine parallel gehende Heilung aller Symptome zu erzielen. 5. Die Ursache der pathologischen Schlafpollutionen, und zwar die wichtigste, wird durch die Schwäche der Schließmusculatur der Ductus ejaculatorii dargestellt 6. Die Prostatorrhoe und Spermatorrhoe werden meistens durch die Atonie der Schließmuskeln der Ductus ejaculatorii und der Ausführungsgänge der Prostatadrüse bedingt. Mag nun diese Atonie nach allgemeiner Atonie oder nach localer gonorrhoischer Entzündung zu Stande gekommen sein, so betrifft sie stets die Schließmusculatur in erster Linie, und diese verursacht die functionellen Störungen. 7. Sowohl die Schwäche der Schließmuskeln, welche den pathologischen Schlafpollutionen zu Grunde liegt, als auch die Atonie, welche Spermatorrhoe und Prostatorrhoe bedingt, heilen auf energische Infunctionsetzung der Prostata.

Das Verfahren selbst ist folgendes:

Der Kranke spreizt die Beine auseinander, streckt die Knie, beugt den Rumpf, stützt sich mit der linken Hand auf einen Stuhl, mit der rechten Hand drückt er die breite Electrode auf den Bauch oberhalb der Symphyse. Hierauf führt Verf. die Prostataelectrode in den Mastdarm ein. Die Prostataelectrode ist aus Kautschuk verfertigt, ist 10 cm lang, ungefähr fingerdick, stellt einen abgestumpften Kegel mit abgerundeter Basis dar. Am prostatischen Ende ist eine 6 cm lange, ca. 1 cm breite Metallplatte eingefügt. Wie aus diesen Maßen ersichtlich ist, ist die Metallplatte kürzer als der Kautschukisolator, dies deshalb, um den höchst empfindlichen Sphincter ani externus von der Einwirkung des electrischen Stromes zu verschonen. Der zur Richtung des Instrumentes (gegen den rechten oder linken Lappen der Prostata) bestimmte Holzgriff ist im rechten Winkel angesetzt. Am Ende des Griffes ist eine Schraube angebracht, mittelst welcher die erwähnte isolirte Metallplatte mit der stromliefernden Batterie in leitende Verbindung gebracht werden kann.[6]) Sobald die Electroden auf diese Weise placirt sind — selbstverständlich bei leerer Blase —, fängt man die Faradisirung mit schwachem Strome an, hierbei fühlt der Kranke kaum irgend etwas. Hierauf verstärkt man allmählich den Strom so lange, bis sich die Prostata contrahirt. Jetzt setzt man die Stärke des Stromes plötzlich herab. Der Strom wird dem Kranken zuerst an der Bauchwand fühlbar. Die Musculatur der Bauchwand contrahirt sich nämlich im Anfange der Behandlung besonders bei kitzlichen Personen in Folge ihres vollkommeneren Tastgefühls, und erst später lernt der Kranke nach wiederholten Sitzungen seine Bauchmusculatur derartig zu beherrschen, daß die Contraction derselben wider seinen Willen nur durch stärkere Ströme ausgelöst werden kann. In solchen Fällen fühlt der Kranke schon bei Einwirkung schwächerer Ströme ein

[6]) Das Instrumentarium wird von der Firma Weszely István és Társa in Budapest angefertigt. Preis der Mastdarmelectrode Fl. 6,50, der Urethralelectrode Fl. 3,50 ö. W.

stechendes Kribbeln, bei Einwirkung stärkerer Ströme aber das Gefühl einer krampfartigen Contraction der Prostata. Diese Contraction wird von den Patienten deutlich gefühlt und mit dem präejaculatorischen Gefühl verglichen, dasselbe ist eher unangenehm als schmerzhaft. Aber nicht nur der Patient, sondern auch die die Mastdarmelectrode haltende Hand fühlt diese Contraction, und zwar wahrscheinlich darum, weil der auf die Rectalschleimhaut wirkende Reiz im Reflexwege eine derartige Action der Musculatur auslöst, als würde das Instrument einwärts gezogen. Wenn der Strom stärker ist und plötzlich — nicht allmählich — vermindert wird, dann ist die Bewegung an dem Griff des Instrumentes sichtbar. Zuweilen, wenn die Prostata vergrößert ist, wird der Griff der Electrode durch die Contraction der Prostata emporgehoben, und dann kann diese stoßartige Bewegung am Griff gut wahrgenommen werden. Die Angaben des Kranken werden durch das aus der Harnröhre herauströpfelnde Secret der Prostata verificirt. Dieses bewirkt in geringer Menge eine Opalescenz des während der Faradisation gesammelten Urins, oder es hat derselbe das Aussehen wie gewässerte Milch. Selbstverständlich lassen sich in diesem Urin die Producte der Prostatadrüse leicht nachweisen. M. L.

Sauligoux: **Calcul vésico-prostatique.** (Société de chirurgie 1898. Revue de chirurgie 1899, I.)

Ein 30jähr. Mann hat seit zwei Jahren bei jeder Miction Schmerzen. Mit fünf Jahren war er wegen eines Steines behandelt worden. Die Knopfsonde läßt rauhes, hartes Reiben an der Prostata fühlen. S. gelangte mit der Boutonnière auf den Stein, welchen er in Stücken entfernte. Bei weiterer Untersuchung fühlt er mit der Fingerkuppe durch eine runde Oeffnung einen zweiten, innig mit der Blase verwachsenen Stein. Nach vergeblichen Extractionsversuchen entfernt er den Stein mühelos durch den hohen Blasenschnitt. Nach einigen Fährlichkeiten genas der Patient. Mankiewicz.

Rousseau (d'Orizaba): **Volumineux calcul de la prostate; extraction par la voie perinéale.** (Société de chirurgie 1898. Revue de chirurgie 1899, I.)

Ein 45jähriger Mann hat nach einem langen Ritt brennende Schmerzen bei der Miction und entleert Blut und Eiter. R. findet den als Stricturkranken behandelten nach einigen Monaten leidend an sehr häufigem Harn- und Stuhldrang und eitrigem Ausfluß. Der Knopfexplorator No. 16 passirt leicht und giebt an der Prostata das Gefühl des Reibens. Da der diagnosticirte Prostatastein weder beweglich zu machen noch in die Blase zurückzustoßen ist, wird er durch den Dammschnitt entfernt. Phosphatstein mit conischem Centrum. Nach einiger Zeit wurden aus der noch offenen Fistel Steintrümmer und ein großer Uratstein entfernt. Nach einigen Monaten kommt der Patient wieder mit einem Stein, Eiterung und einer Mastdarm-Harnröhrenfistel. Nach Operation von anderer Seite Exitus. Bemerkenswert ist die große Toleranz der Prostata für den Stein. Mankiewicz.

VII. Blase.

Prof. v. Hacker (Innsbruck): **Fall von sogenannter acquirirter Urachusfistel.** (Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 5.)

Der 27jährige Patient hat nach einem Fall auf den Rücken von einem Baum im Juni 1896 eine Fractur der Lendenwirbel erlitten, an welche Verletzung sich eine Lähmung der unteren Extremitäten, der Blase und des Rectums anschloß. Im Juni 1898 entwickelte sich im Anschluß an eine aufgetretene hartnäckige Cystitis dicht unterhalb des Nabels eine entzündliche Infiltration in und unter der Haut, die nach einiger Zeit wieder zurückging. Danach zeigte sich an der unteren Seite der Nabelgrube ein Granulationsknopf, durch ihn gedeckt eine Oeffnung, aus der anfangs stark eitrige, später mehr seröse, mit weißlichen Flecken untermischte Flüssigkeit herauskam. Die Sondenuntersuchung ergab einen Fistelgang, der bis gegen die Symphyse reicht. Die chemische Untersuchung aufgefangener Flüssigkeit aus dem Nabel sprach für Harn. Einspritzungen von Methylenblaulösung in die Blase ergab einen Zusammenhang dieser mit der Nabelfistel. Nach Behandlung der Cystitis mit Ausspülungen hörte die Secretion aus der Fistel nach und nach völlig auf, die Mündung verklebte. Anfangs konnte nach Entfernung eines kleinen Krüstchens vom Nabel aus ziemlich bis zur Symphyse der Gang noch sondirt werden, gegenwärtig erscheint die Oeffnung seit 14 Tagen als ganz verheilt. Es handelt sich hier offenbar um einen jener seltenen Fälle eines offen gebliebenen, in späteren Jahren wieder aufgebrochenen Urachus. M. L.

Dr. L. Wolff (Karlsruhe): **Ein Beitrag zur Frage des aseptischen Katheterismus.** (Deutsche medic. Wochenschrift 1899, No. 9. Therap. Beil.)

Die Asepsis des Katheterismus zerfällt in drei Hauptabschnitte: die eigentliche Desinfection des Katheters, die sterile Aufbewahrung und die Einführung. Mehr oder weniger Schwierigkeiten machte bisher die Aufgabe, die nicht metallischen Katheter steril zu machen; einerseits dürfen die verschiedenen Kathetersorten durch das Desinfectionsverfahren, ob es nun auf chemischem Wege oder durch heißen Wasserdampf oder Luft etc. geschehe, nicht verdorben werden, andererseits dürfen am Katheter keine chemisch differenten Stoffe haften bleiben, welche beim Einführen Brennen verursachen (z. B. Formalin). Die meisten der bisher vorgeschlagenen Desinfections-Verfahren leiden mehr oder weniger an diesen Uebelständen. Was nun die Einführung des Katheters betrifft, so läßt sich eine völlige Asepsis hierbei überhaupt nicht erzielen, da das Orificium externum und die Urethra anterior normaler Weise pathogene Bacterien enthalten, die durch Auswaschung nicht immer sicher entfernt werden können; indes kommt diese

Thatsache nur ausnahmsweise in Betracht; jedenfalls muß unser Bestreben darauf gerichtet sein, den Katheter selbst steril zu machen und bis zur Einführung zu erhalten, aber auf einfachere Weise als bisher. Es kommt darauf an, die Sterilisation, die Conservirung und das Schlüpfrigmachen des Katheters in einen Act zu verschmelzen, d. h. ein Mittel zu finden, in welchem die Instrumente sowohl desinficirt, als auch aseptisch aufbewahrt werden, welches sie zum Einführen hinlänglich schlüpfrig macht und das nach dem Gebrauch leicht zu entfernen ist. Verf. wählte hierzu das Glycerin; da sich aber zeigte, daß alle antiseptischen Glycerinlösungen mit über 50 pCt. Glyceringehalt eine schwächere keimtötende Kraft als die entsprechenden wässerigen Lösungen haben, nahm er antiseptische Lösungen in gleichen Teilen Glycerin und Wasser. Als Antiseptica versuchte er Formalin, Borsäure und Sublimat; da aber Formalin auch bei geringem Procentgehalt stets Brennen beim Einführen in die Harnröhre erzeugt, die Borsäure auch bei höherem Procentgehalt eine nicht genügende tötende Kraft gegenüber resistenten Keimen besitzt, so blieb er beim Sublimat stehen, und zwar erwies sich die 1 proc. Lösung von Sublimat in gleichen Teilen von Glycerin und Wasser als genügend. Mit dieser Lösung wird nichtsporenhaltiges Material in 5—6 Stunden, sporenhaltiges in 24 Stunden sicher desinficirt; für die urologische Praxis kommen aber Sporen kaum in Betracht, daher genügen im Allgemeinen 6 Stunden. Nach dem Gebrauch sind die mit Glycerin bestrichenen Katheter in fließendem Wasser abzuspülen, was bei Bestreichen mit Fetten, besonders Ol. olivarum, viel schwieriger ist. Patienten, welche sich häufiger als viermal am Tage katheterisiren, halten sich zweckmäßiger Weise zwei Katheter; Aerzte verwenden die benutzten Katheter am besten erst am folgenden Tage oder kochen das Instrument zwei Minuten lang in der Sublimat-Glycerinlösung. Zum Aufbewahren und event. zum Transport der Katheter empfiehlt Verf. lange Glasröhren ähnlich den Reagensgläschen, von etwa $1^1/_2$ cm Durchmesser und 42 cm Länge, oder ähnlich geformte Celluloidröhren; letztere können auch in Hufeisenform gebracht werden. Ein Stöpsel aus Hartgummi mit grauem Gummiüberzug trägt an einem Zapfen den Katheter, so daß letzterer beim Oeffnen sofort zur Hand ist Am Zapfen selbst befindet sich eine seitliche Rinne, durch welche die Luft aus dem Innern des Katheters entweicht, so daß die ganze Außen- und Innenfläche mit der desinficirenden Lösung benetzt wird. Aerzte und Krankenhäuser benutzen größere Glasröhren, in welche mehrere Instrumente, nachdem sie mit Wasser abgespült sind, zur Desinfection gebracht werden. Wenn ausnahmsweise eine raschere Sterilisation erwünscht ist, so kann der Katheter in der mit der Lösung gefüllten Glasröhre über der Flamme ausgekocht werden. Die Katheter leiden darunter nicht; in zwei Minuten sind sie vollkommen steril, wie Verf. durch bacteriologische Untersuchung feststellte. Bei sehr dünnen Kathetern (unter Charrière No. 9) muß man auskochen, damit die Flüssigkeit überall in's Lumen eindringt. Die Lösung hält noch längere Zeit und braucht daher nur von Zeit zu Zeit, wenn sie trübe geworden ist, erneuert zu werden.

Verf. hat seine Methode mehrere Jahre hindurch erprobt und glaubt sie allgemein empfehlen zu können. (Die Apparate sind bei A. Rüsch in Canstatt zu beziehen.) R. L.

Krogius: **Quelques remarques sur la bactériurie.** (Annales des mal. gén.-urin. 1898, No. 12.)

Entgegen den Anschauungen Rovsing's und anderer Autoren, welche als das ätiologische Moment der Bacteriurie lediglich das Bacterium coli ansehen, ist K. der Ansicht, daß auch andere Mikroorganismen diesen Krankheitsproceß hervorzurufen im Stande sind. Als Beweis führt er drei selbstbeobachtete Fälle an. Und zwar fand er als Krankheitserreger einmal den Staphylococcus pyogenes albus, einmal den Proteus vulgaris in Gemeinschaft mit einem Staphylococcus (Staphylocoque blanc) und einmal einen wahrscheinlich dem Staphylococcus pyogenes albus identischen Coccus. In sämtlichen drei Fällen handelte es sich um chronische Prostatiten in Folge Gonorrhoe. Trotz des trüben, mikroorganismenreichen, bald sauren, bald alkalischen Urins waren keine ausgesprochenen cystitischen Symptome vorhanden, wie denn auch die cystoskopische Untersuchung eine durchaus normale Blasenschleimhaut ergab. Dieser Befund ist um so interessanter, als bekanntlich Rovsing in dem Proteus vulgaris den schlimmsten Cystitiserreger erblickt. Es kommt also wohl nach K. nicht sowohl auf die Bacterienart, als vielmehr auf ihre jedesmalige Virulenz an. Handelt es sich um Bacteriurien, welche ihren Grund in einer chronischen Prostatitis haben, so dürfte die Rovsing'sche Therapie (vieles Trinken von destillirtem Wasser) wenig nützen; dagegen ist zu empfehlen Massage und Instillationen, event. Operation per perineum. Stockmann (Königsberg).

A. Rahlff: **Studien über den Colonbacillus.** (Studier over Colibacillen.) (Aarhus 1898. Dissert., dänisch.)

In vorliegender umfangreicher Arbeit (215 Seiten) hat sich Verf. die Aufgabe gestellt, teils den Begriff, teils die Bedeutung des Colonbacillus für die menschliche Pathologie, speciell für die Krankheiten der Harnorgane näher zu bestimmen. Zur Erhärtung derjenigen Eigenschaften, die man von dem typischen Colonbacillus verlangen muß, hat Verf. eine große Reihe von vergleichenden Untersuchungen über nicht weniger als 62 verschiedene Proben von Bacillen, teils aus normalen Fäces (39 mal), teils aus pathologischen Producten reincultivirt, angestellt, so in 15 Fällen von Kranken mit Leiden in den Urinorganen und in 8 Fällen von Perforationsperitonitis.

Um zu einer genauen Artsbestimmung des Bacterium coli zu gelangen, wird eine nähere Untersuchung der Morphologie und Biologie der isolirten Bacillen vorgenommen. Verf. beschränkt sich auf die Verwendung der traditionellen Proben, indem er durch Cultivirung auf einer Reihe von verschiedenen Nährböden namentlich das Verhalten der Bacillen hinsichtlich der Vergährung von Milch- und Traubenzucker, der Coagulation der Milch, der Indolbildung, sowie des Wachstums auf Kartoffelboden und in nor-

malem Urin untersucht. Als Resultat der Untersuchungen werden dann als Typus für den Colonbacillus solche Bacillen aufgestellt, „die sich durch Gram's Methode entfärben lassen, nicht verflüssigend sind, Milch und Traubenzucker vergähren, auf irgend welcher Kartoffelsorte ein einigermaßen reichliches Wachstum zu bilden im Stande sind, sowie ohne Zersetzung des Harnstoffes im Harn gedeihen".

Leider hat nun aber diese große Arbeit ein Resultat von nur äußerst zweifelhaftem Wert zu Wege gebracht. Teils sind nämlich die angewandten Untersuchungsmethoden größtenteils sehr mangelhaft, und teils hat dem Verf. die nötige Kritik seiner eigenen Untersuchungen gefehlt, sowie er zu gleicher Zeit allzuwenig Rücksicht auf die bisher über diesen Stoff vorliegenden Arbeiten genommen hat.

So ist beim Studium des Gährungsvermögens des Colonbacillus unberücksichtigt geblieben, daß die Bouillon an und für sich wechselnde Mengen von Traubenzucker enthält, und es ist das harnstoffzersetzende Vermögen z. B. „nur durch Probe am Lakmuspapier controlirt worden". Aber eine solche Untersuchung ist durchaus unzulänglich, denn ja schon im Jahre 1893 haben Hallé und Dissard gezeigt, daß das harnstoffzersetzende Vermögen des Colonbacillus so schwach ist, daß zum Nachweis desselben man sich sogar nicht mit den gewöhnlichen Methoden der quantitativen Bestimmung des Harnstoffes begnügen darf, sondern daß man eine ganz besonders fein merkende chemische Methode benutzen muß. Nichtsdestoweniger hält der Verf., auf diese seine Untersuchungen gestützt, daran fest, daß der Colonbacillus den Harnstoff nicht decomponire (zweimal finden sich doch zersetzende Bacillen), ja er glaubt sich sogar berechtigt, die von früheren Verfassern (Albarran und Hallé, Krogius, Reblaub u. s. w.) beschriebenen harnstoffzersetzenden Colonbacillen für Bacillen anderer Arten oder für unreine Culturen zu erklären.

Während also Verf. dem Verhalten zum Harnstoffe eine entscheidende Bedeutung beilegt, verlangt er von dem Typus Colonbacillus nicht, daß derselbe milchcoagulirendes Vermögen besitze oder positive Indolreaction ergebe, und dies, obgleich er bei seinen Untersuchungen hierüber etwas eben ganz Entsprechendes findet, daß nämlich nur drei der Bacillen abweichendes Verhalten jeder dieser Eigenschaften gegenüber zeigten. Im Ganzen ist der vom Verf. aufgestellte Typus keineswegs durch seine Untersuchungen gerechtfertigt, indem er willkürlicher Weise gewisse Eigenschaften mit hineinzieht und andere ebenso constante und bedeutungsvolle ausschließt.

Sodann geht Verf. dazu über, die Rolle des Colonbacillus in der menschlichen Pathologie zu bestimmen, und er leitet dieses Kapitel mit einer recht fehlerhaften Darstellung der Arbeiten früherer Untersucher ein. Verf. präcisirt die Bedeutung des Colonbacillus für die Cystitis näher als „das Centrale im Verhältnis des Colonbacillus zur Pathologie der Harnorgane"; leider aber sind die jetzt folgenden Untersuchungen ohne alle Bedeutung für die Frage. Es sind im Ganzen nur neun Kranke mit Reincultur von Colonbacillus im Harn untersucht worden, welches ja an und für sich ein nur geringes Material

ist, besonders im Vergleich mit demjenigen früherer Verfasser; das Unglück ist aber dabei noch, daß die Diagnosen sehr unsicherer Art sind, sowie daß Verf. selbst (S. 176) es für „eine offene Frage" erklären muß, inwiefern in mehreren dieser Fälle Cystitis vorhanden gewesen sei oder nicht. Nur in einem einzigen dieser Fälle, wo keine Cystitissymptome vorhanden waren, ist die Cystoskopie vorgenommen worden, und hier findet sich eben „bedeutende Cystitis", während es sehr zweifelhaft ist, ob außerdem, wie vom Verf. angegeben ist, noch Pyelitis vorhanden war. Diese Diagnose ist wesentlich darauf begründet, daß sich „unter der rechten Rippencurvatur ein deutlicher Tumor fühlen läßt"; dieser scheint indes eher die vergrößerte Gallenblase zu sein, besonders, weil im Anfang der Krankengeschichte erwähnt wird, daß der Patient „vor 8—9 Monaten einen Anfall von Gallencolik hatte". In mehreren seiner anderen Fälle fanden sich sogar recht deutliche Symptome einer Cystitis, sowohl häufige Tenesmi vesicales als schneidende Schmerzen beim Wasserlassen, ja sogar ein so verdächtiges Zeichen als Empfindlichkeit oder Schmerzen oberhalb der Symphyse. Nichtsdestoweniger behauptet Verf., daß in allen Fällen eine Pyelitis oder Nephropyelitis vorgelegen und daß „der Colonbacillus nur sehr selten die Ursache einer Cystitis sei".

Während so das Material des Verf.'s keine Bedeutung für die Cystitisfrage hat, ist dasselbe in anderer Beziehung nicht ohne Interesse. In einigen der Fälle begann die Coliinfection der Urinorgane in einer ganz characteristischen Weise unter dem Bilde einer acuten febrilen Krankheit, die anfangs sehr einer Febris typhoidea ähnelte und wiederholte Male mit dieser verwechselt wurde, um so leichter, als anfangs nur wenige oder gar keine locale Symptome vorhanden waren. Max Melchior (Kopenhagen).

Sidney Philipps (London): **Fall von Chylurie.** (Clin. Soc., London, 28. October 1898. Ref. nach Wiener medicin. Wochenschrift 1899, No. 4.)

P. berichtete über einen 16jährigen Knaben mit Chylurie: Der Harn war sonst immer klar, nur der erste Morgenurin war stets milchig und enthielt eine große Menge von Eiweiß, Fett und Lymphkörperchen. Reaction sauer; spec. Gew. 1030. Eine Ursache war nicht auffindbar.

E. Samter.

1. Dr. Coplin (Philadelphia): **Tuberculosis of the Bladder. Etiology and Pathology.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases 1898, No. 12.)
2. Dr. Horwitz (Philadelphia): **Symptoms and Treatment of Tuberculosis of the Bladder.** (Ibidem.)

1. Der Arbeit des Verfassers liegt allerdings nur ein einziger Fall zu Grunde; er hat aber an demselben, da er zur Obduction gelangt ist, ein-

gehende pathologisch-anatomische Studien machen können. Der Fall betrifft einen 23jährigen Schneider, der unter Erscheinungen von Pneumonie starb, nachdem er längere Zeit an Blasenbeschwerden, die auf Blasenstein zurückgeführt wurden, gelitten hatte, ohne jedoch jemals wegen dieser Beschwerden einen Arzt consultirt zu haben. Die Obduction ergab vor Allem beiderseitige Lungentuberculose. Beim Eröffnen der Blase, die contrahirt und an der äußeren Fläche scheinbar normal war, fließen aus derselben 20 ccm eiterähnliche Flüssigkeit heraus. Dicht oberhalb der Mündung der Ureteren befand sich ein rundes Geschwür mit erhabenen und verdickten Rändern, 7 cm im Durchmesser. Die Basis des Geschwürs war uneben und unregelmäßig und mit einer gelblichen, leicht entfernbaren Masse bedeckt. Die Ränder waren indurirt und stellenweise leicht unterminirt. Die Oeffnung der Ureteren war scheinbar normal. In der Umgebung des Geschwürs befanden sich einige kleine gelbliche, tuberkelähnliche Gebilde; ähnliche Gebilde befanden sich auch in der Mucosa. Im oberen Teil der hinteren Blasenwand befand sich gleichfalls ein Geschwür, das dieselben characteristischen Eigenschaften zeigte wie das erstere, aber bedeutend kleiner war. Beide Geschwüre waren von einer geröteten Schleimhautzone umgeben. Die Wände der Harnblase waren durchweg verdickt, der Hohlraum derselben klein.

2. Während Coplin sich hauptsächlich mit der Pathologie der Blasentuberculose beschäftigt, bespricht Horwitz die Symptome und Behandlung dieser Affection. Die Tuberculose der Harnblase entwickelt sich nur äußerst selten primär, meistenteils secundär im Anschluß an Tuberculose der Niere, der Prostata, der Samenblasen und Nebenhoden. Sie kann in jedem Alter auftreten, größtenteils aber wird sie jedoch bei Patienten im Alter von 15—30 Jahren beobachtet. Die ersten Anfänge der Krankheit erinnern an die Erscheinungen des Blasensteinleidens. Das erste Krankheitssymptom ist häufiger Harndrang, zu dem sich später Schmerzen hinzugesellen; letztere steigern sich mit dem Fortschreiten des Krankheitsprocesses und bieten bei Männern durch ihre characteristische Localisation in der Mitte des Penis ein Merkmal zur Unterscheidung von den bei Blasenstein auftretenden Schmerzen, die am Meatus empfunden werden. Schließlich ergreift der Schmerz die ganze Regio hypogastrica. Bisweilen stellt sich Hämaturie als Prodromalsymptom ein; dieselbe tritt in Zwischenpausen und in so geringem Grade auf, daß der Harn kaum rötlich tingirt ist. Profuse Hämorrhagien, welche sich nach der Miction einstellen, deuten gewöhnlich auf bereits eingetretene Ulceration der Harnblase hin. Der Harn ist im Anfang wenig abweichend von der Norm. So lange die Schleimhaut allein entzündet ist, ist derselbe trübe und von saurer Reaction; ergreift die Entzündung auch das interstitielle Gewebe und kommt es zur Ulceration, so wird der Harn ammoniakalisch und zeigt reichlichen Eitergehalt. Der Eiweißgehalt des Harns hängt vor Allem von der Eitermenge und ferner davon ab, ob die Nieren miterkrankt sind oder nicht. Tuberkelbacillen findet man nicht immer, hauptsächlich wohl deshalb, weil die gegenwärtigen Untersuchungs-

methoden noch ziemlich mangelhaft sind. In den letzten Stadien der tuberculösen Cystitis enthält der Urin amorphe Phosphate, sowie Triplephosphatkrystalle. Zu den ziemlich häufigen Symptomen der Blasentuberculose gehören noch Phosphaturie und Polyurie. Mit absoluter Sicherheit wird aber die Diagnose immerhin nur mit Hilfe des Cystoskops gestellt werden können. Das geschilderte Krankheitsbild wird, sobald auch andere Gebiete des Urogenitaltractus in Mitleidenschaft gezogen werden, mehr oder minder modificirt.

Bei der Behandlung kommt außer diätetisch-hygienischen und klimatischen Maßnahmen noch die rein medicamentöse Behandlung in Betracht, und zwar mit den bewährten antituberculösen Mitteln Guajacol und Creosot. Namentlich mit dem ersteren hat Verf. sehr oft günstige Resultate erzielt, wobei er mit drei Tropfen dreimal täglich begann und dann die Dosis allmählich bis zu 20 Tropfen dreimal täglich steigerte. Von den speciellen Harnantisepticis, welche verabreicht werden, wenn der Harn große Eitermengen enthält, wie Salol, Resorcin, Betanaphthol, Betol, Naphthalin, Salicylsäure, Borsäure, Eucalyptus, Ammonium benzoatum und Methylenblau, kann man nur geringe Quantitäten anwenden, da sie sämtlich toxische Eigenschaften besitzen und namentlich die Nieren reizen; falls diese letzteren erkrankt sind, sind die Harnantiseptica überhaupt nicht anzuwenden. Die besten Resultate erzielte Verf. durch folgende Ordinationen[7]):

Rp. Codiae sulphuricae . . gr. V.
Salol . . . . . gr. c.
M. f. capsules No. 20. S. eine nach jeder Mahlzeit.

Rp. Codiae hydrochlor. } āā gr. V.
Ext. Cannab. Ind. }
Guajacol carb. . . . . gr. c.
M. f. capsules No. 20. S. eine nach jeder Mahlzeit.

Ferner hält Verf. für wichtig, für regelmäßige Stuhlentleerung zu sorgen und alles zu vermeiden, was eine Congestion der Beckenorgane herbeiführen könnte. Gegen Schmerzen sind Opium- oder Belladonnasuppositorien anzuwenden.

Was die locale Behandlung betrifft, so sind die persönlichen Erfahrungen des Verf.'s in dieser Richtung ziemlich ungünstig ausgefallen. Uebrigens wird früher oder später die Einführung einer permanenten Drainage notwendig, um die Schmerzen und den unerträglichen permanenten Harndrang zu lindern. Dazu ist die Vornahme einer Cystotomie erforderlich: entweder der perinealen oder der suprapubischen. Verf. zieht die suprapubische Cystotomie vor Sobald die suprapubische Fistel angelegt ist, kann man durch dieselbe die locale Behandlung der Harnblase fortführen. M. L.

---

[7]) Die nachstehenden Recepte sind dem englischen Original genau entsprechend. gr. ist als grana (1 Gramm = 16 Gran), c als 100 zu lesen. Anm. des Ref.

Dr. Wigilew: **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Harnblase.** (Wratschebnyja Sapiski 1898, No. 18.)

Die Patientin, welche bereits zweimal wegen Harnblasenstein operirt wurde, klagte bei der Aufnahme in das Krankenhaus wiederum über erschwerte und schmerzhafte Harnentleerung, die seit einem Monat bestanden haben soll. Die Untersuchung ergab wiederum einen Harnblasenstein. Operation: Erweiterung der Harnröhre mittelst Hegar'scher Dilatatoren, Zertrümmerung des Steines mittelst Lithotriptors und Entfernung des größten Teiles des Steines durch die Harnröhre. Den ganzen Stein auf diese Weise zu entfernen, gelang nicht, so daß behufs Entfernung des Restes per vaginam eine künstliche Fistel angelegt werden mußte. Bei dieser Gelegenheit fand man im Gebärmutterhalse eine abgebrochene Nadel, die im Gewebe des Gebärmutterhalses fixirt war und in das Lumen der Harnblase hineinragte. Entfernung der Nadel. Naht der Fistel. Vollständige Genesung. Li.

Th. Rovsing: **11 ohne Narcose ausgeführte Sectiones altae.** (Elleve sectiones altae udförte uden Narcose.) (Hospitals Tidende 1898, No. 45—46.)

Zur Vermeidung der generellen Narcose und der mit derselben verbundenen Gefahren, die namentlich bei älteren Urinkranken mit Degeneration des Herzens und des Gefäßsystems zu befürchten sind, hat Verf. locale Anästhesie bei der Sectio alta angewendet und glaubt dabei sehr bedeutende Vorteile beobachtet zu haben. Der eigentlichen Schleich'schen Infiltrationsanästhesie gegenüber verhält R. sich ablehnend, namentlich aus Furcht vor Vergiftung und Infection, die, wie er annimmt, leicht durch Injection größerer Mengen nicht sterilisirter Cocainlösung in das lose, subcutane Bindegewebe eintreten können. Die vom Verf. benutzte Methode weicht ab von der Schleich'schen durch Anwendung sterilisirter, schwacher Cocainlösung (1—2 pro mille), sowie dadurch, daß die Flüssigkeit nicht in das subcutane Gewebe, sondern in die Cutis selbst injicirt wird, wodurch nur derjenige Hautstreifen infiltrirt wird, in welchem die Incision geschieht.

Verf. teilt nun 11 Fälle mit von Sectio alta bei localer Anästhesie und hebt hervor, daß die tieferen nicht anästhetischen Schichten chirurgischen Eingriffen gegenüber sehr wenig empfindsam seien. Namentlich solle die Wand der Harnblase ganz unempfindsam sein; sie läßt sich incidiren, die Wunde durch Finger oder Wundhaken dilatiren, die Innenseite der Blase exploriren, Steine oder Geschwülste lassen sich entfernen und die Blasenwunde sich mit einer doppelten Reihe von Suturen vereinigen, ohne daß der Kranke etwas davon merke — doch dabei jederzeit vorausgesetzt, daß sich keine Entzündung des Organs vorfinde, denn in solchem Falle können die Manipulationen sogar in recht bedeutendem Grade schmerzhaft sein.

Daß die von R. so stark anempfohlene Methode gleichwohl nicht ohne Nachteile ist, läßt sich daraus ersehen, daß in einem der mitgeteilten Fälle

(No. 9) eine Gangrän der ganzen cocaininfiltrirten Partie eintrat mit nachfolgender Suppuration und Oeffnung der primär zusammengenähten Blasenwunde. Max Melchior (Kopenhagen).

Prof. Beljaminow (Petersburg): **Drei Fälle von Steinoperation bei Knaben.** (Wratsch 1899, No. 4.)

Bei sämtlichen Knaben wurde die Sectio alta gemacht. Die Harnbeschaffenheit war in allen Fällen verschieden. Bei dem einen Knaben wurde trotz bestehender Cystitis die Harnblase dicht vernäht und in dieselbe ein Dauerkatheter eingeführt. Ungestörter Heilungsverlauf. Vollständige Genesung. — Bei dem zweiten Knaben ergab die Untersuchung einen in der Harnblase stecken gebliebenen Stein. Bei der Sectio alta fand man nach längerem Suchen einen Stein von der Größe einer halben Erbse. Der Katheter konnte in diesem Falle schon am nächsten Tage entfernt werden. — In dem dritten Falle konnte man den Katheter überhaupt entbehren. — B. ist der Ansicht, daß die Sectio alta in erfahrenen Händen die besten Resultate giebt und daß die Zukunft, namentlich in der Kinderpraxis, eben dieser Methode gehört. M. L.

Dr. Modlinski (Moskau): **Fall von totaler Exstirpation der Harnblase.** (Wratsch 1899, No. 4.)

Es handelt sich um eine 45jährige Patientin, die sich seit $1^1/_2$ Jahren krank fühlte. Die ersten Symptome waren Blutungen und Weißfluß, zu diesen gesellten sich bald Symptome von Cystitis hinzu. Die Patientin wurde permanent von Schmerzen gepeinigt, magerte ab und verfiel immer mehr. Die Untersuchung ergab: Carcinom des Uterus, und man schritt daraufhin zu vaginaler Uterusexstirpation. Während der Operation fand man aber, daß der carcinomatöse Proceß zu weit fortgeschritten war, als daß man die Exstirpation per vaginam ausführen könnte: schon bei der Ausspülung riß die gleichfalls afficirte vordere Scheidenwand, und man drang in die Harnblase. Man sah sich also genötigt, das gesamte carcinomatöse Gebiet zu excidiren. Neben dem Uterus mit seinen Adnexen wurde die ganze Harnblase entfernt. Der postoperatorische Verlauf war durchaus befriedigend und die Kranke erholte sich vollkommen. Zur Zeit der Veröffentlichung des Falles lag noch kein Recidiv vor. Es besteht permanenter Harnabgang aus der Scheide, in welche die beiden Ureteren münden; sollte sich auch fernerhin kein Recidiv einstellen, so beabsichtigt M., den Harnausfluß durch Vernähung des Introitus vaginae zu beseitigen.

Lubowski.

Turetta: **Exstirpation der Blase.** (XIII. Congr. d. italienischen Gesellschaft für Chirurgie, Turin 1898.)

Ein 33jähriger, sonst gesunder Mann leidet seit mehreren Monaten an Hämaturie. Die combinirte Untersuchung erweist die Blase als eine harte, ausgedehnte, empfindliche Geschwulst. Zottenkrebs. Keine Drüsenschwellungen. Bei der Operation zeigt sich, daß die ganze Blase vom Tumor

ergriffen ist, und L. schreitet zur Cystectomia totalis. Temporäre Resection der Schambeine erweist sich notwendig, um an die Basis des Tumors zu kommen und um die Harnröhre unterhalb der Prostata durchtrennen zu können. Der untere Teil des rechten Ureters muß ebenfalls entfernt werden. Ein Stück Peritoneum wurde entfernt und dasselbe sofort vernäht. Mit Boari'schen Knöpfen wird die Anastomose der Harnleiter mit dem Mastdarm herbeigeführt. Das Mikroskop bestätigt die Diagnose. Die ersten Tage geht der Harn per rectum ab, spontan oder durch eine Sonde. Am dritten Tage aber kommt Harn durch die Wunde. Den Ureterstumpf, dessen Anastomose nicht gelungen war, aufzufinden war unmöglich. Der Patient geht am 16. Tage an Nephritis suppurativa zu Grunde; die Nierenpyramiden sind mit kleinen Abscessen durchsetzt. (Sind solche beinahe immer tötlichen Gewaltoperationen notwendig und discreditiren sie nicht unsere Wissenschaft und unsere Kunst? Ref.) Mankiewicz.

Prof. Sonnenburg: **Endresultate operativer Verfahren bei Ectopia vesicae.** (Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 6.)

Die verschiedenen Methoden zur Beseitigung der Uebelstände, welche durch die angeborene Blasenspalte hervorgerufen werden, lassen sich in drei große Gruppen bringen. Zunächst (erste Gruppe) sind diejenigen Methoden zu berücksichtigen, bei denen der Versuch gemacht wird, durch Ableitung des Urins das Dasein dieser Patienten erträglicher zu gestalten. In die zweite Gruppe gehören diejenigen Methoden, welche einen Blasenraum schaffen sollen, und zwar zunächst durch die einfachste Art, Auffrischung der Blasenränder und Vernähung derselben nach der Mitte. Die dritte Gruppe umfaßt diejenigen Methoden, bei denen durch plastische Operation eine vordere Blasenwand und Bildung eines Blasenraumes durch diese geschaffen wird. Was zunächst die Ableitung des Urins anbetrifft, so werden die Ureteren losgelöst und nun entweder in die Penisrinne eingepflanzt oder in den Darm. Die Einpflanzung der Ureteren in den Darm wurde entweder so gemacht, daß die Ureteren in den Darm ohne gleichzeitige Exstirpation der Blase eingepflanzt wurden, oder aber es wurde die Blase exstirpirt und die losgelösten Ureteren in den Darm nachträglich eingefügt. Von diesen Methoden ist nur letztere vielleicht jetzt noch zu berücksichtigen, die seit Maydl mit verhältnismäßig gutem Erfolg 14mal ausgeführt worden ist. Einfacher ist die Methode, die Verf. im Jahre 1882 angegeben und zum ersten Male ausgeübt hat, nämlich die Blase zu entfernen, die beiden Ureteren loszulösen und in die Penisrinne einzunähen. Nach dieser Methode sind im Ganzen jetzt neun Fälle ohne Todesfall operirt worden.

Die directe Vereinigung der Blasenränder ist früher oft versucht worden. Es war wohl möglich, bei geringfügigen Ectopien die Ränder anzufrischen, dann nach vorn überzuklappen und zu vernähen. Die Resultate scheinen stets sehr mangelhafte gewesen zu sein, die Mißerfolge häufig. Dann gehört noch in diese Gruppe die Methode von Trendelenburg, der bekanntlich

die Symphyse am Kreuzbein lockerte, das ganze Becken nach vorn verschob und so die Entspannung der Blase ermöglichte und die Vereinigung dann nach dieser Entspannung vollzog. Diese Methode ist eine sehr gefährliche, weil doch leicht durch die große Wunde, die man setzt, Infectionen eintreten können. Unter den sechs Fällen, in denen sie zur Anwendung kam, befinden sich drei Todesfälle. Von den drei anderen Fällen sind zwei mit Fisteln behaftet geblieben und nur ein Fall ist geheilt, bei dem aber auch eine völlige Continenz nicht eingetreten ist.

Was die dritte Gruppe, nämlich die plastischen Operationen anbetrifft, so haben dieselben auch nicht mehr Erfolg gehabt. Ueberhaupt hat die Blasenraumbildung wenig Zweck, wenn nicht zur gleichen Zeit Continenz erzielt wird, und diese letztere ist bisher nicht erreicht worden. Außerdem ist die Blasenraumbildung meist ungenügend. Durch das Fortdrängen der hinteren Blasenwand beim Stehen ist nur im Liegen eine gewisse Capacität vorhanden. Außerdem neigt jeder neugebildete Blasenraum, auch der mit Schleimhaut ausgekleidete, zur Bildung von Incrustationen, die sehr viel Schmerzen und Gefahr bringen. Alles in Allem erreichen sowohl die directe Vereinigung der Blasenränder, als auch die plastischen Methoden behufs Bildung eines Blasenraumes eigentlich nichts anderes, als daß ein Harnrecipient getragen werden kann. Das erreichen aber leichter und bequemer diejenigen Operationsmethoden, die eine Ableitung des Urins bezwecken. Unter diesen ist die Exstirpation der Blase und Einnähung der Ureteren in die Penisrinne, wie sie vom Verf. ausgeführt wird, die gefahrloseste. Die Ableitung des Urins in den Darm bringt die Gefahr der Pyelonephritis mit sich; außerdem scheint die durch diese Methode erzielte Continenz mit den Jahren abzunehmen. M. L.

Prof. Augagneur (Lyon): **Ueber Hämorrhoiden der Harnblase.** (La province médicale. Ref. nach Wratsch 1899, No. 2.)

Verf. hat drei Fälle von Hämorrhoiden der Harnblase beobachtet, in denen sich weder Tuberculose der Harnblase, noch Steine in derselben nachweisen ließen. Die an diesen Fällen angestellten Beobachtungen lassen den Verf. folgende Angaben über diese seltene Affection der Harnblase machen: Blutungen entstehen bei Hämorrhoiden der Harnblase spontan unabhängig von jeglichem localen Trauma. Die Harnentleerung ist nicht verhindert und schmerzlos; nur am dritten oder vierten Tage nach der stattgehabten Blutung, wo es bereits zu Blutgerinnseln gekommen ist, ist die Harnentleerung erschwert. Die Blutungen hören innerhalb einiger Tage spontan auf, wiederholen sich in unbestimmten Zeiträumen, ohne daß man irgend welche veranlassende Momente feststellen kann. Bei der Behandlung ist vor Allem vom Gebrauch des Katheters Abstand zu nehmen; dann kommen hygienische Maßregeln in Betracht, die hier dieselben sind, wie bei den gewöhnlichen Hämorrhoiden: Schutz vor Erkältung, Vermeidung von alkoholischen Getränken, übermäßigen Tafelgenüssen etc. Li.

VIII. Ureter, Niere etc.

Sylvester Saxtorph: **Einige Bemerkungen über Ureterkatheterismus nebst Vorzeigen eines neuen Cystoskops.** (Nogle Bemœrkninger om Ureterkatheterisation med Forevisning af et nyt Cystoskop.) (Vortrag, gehalten in der Kopenhag. med. Gesellschaft den 1. März 1898.)

Der Vortr. meinte, daß man in den meisten Fällen freilich die Diagnose eines Nierenleidens durch genaue objective und physicalische Untersuchung, durch Cystoskopie, durch detaillirte anamnestische Ergebnisse, durch fortgesetzte Observation und endlich durch ein wohl durchdachtes und wohl erwogenes Wertschätzen der vorliegenden Daten zu stellen vermöge. Doch treffe dieses nicht in allen Fällen zu, und man könne deshalb nicht des Ureterkatheterismus entbehren, der jedoch nur in einzelnen wohl indicirten Fällen anzuwenden wäre, in denen alle anderen Hilfsmittel fehlgeschlagen und sodann der Gewinn einer genauen Diagnose von größter Wichtigkeit sei.

Die Schwierigkeiten bei dem Uretherkatheterismus wären teils anatomischer Art wegen der verdeckten Lage des Ureters in der Beckenhöhle, teils und namentlich technischer Art wegen der bisher nur unvollkommenen Instrumente. Durch diese ließe sich leicht ein Trauma herbeiführen, dessen Consequenz man nicht immer zu berechnen vermöge.

Der Vortr. beschreibt und demonstrirt demnächst Albarran's neues Uretercystoskop, dessen Vorzüge wären:

1. Es hat ein großes Gesichtsfeld und sehr bedeutendes Leuchtvermögen. 2. Der Katheterismus des Ureters geht vor sich mit bemerkenswerter Leichtigkeit sowohl bei Mann als Weib, wegen der Präcision nämlich, mit der die Bewegungen der Katheterspitze sich ausführen und beobachten lassen. 3. Die Flüssigkeit siebt nicht längs dem Ureterkatheter hervor, so daß man also vollkommen trocken operirt. 4. Der ureterale Teil läßt sich entfernen und ist sterilisirbar. 5. Der Apparat kann als gewöhnliches Cystoskop angewendet werden und außerdem als Irrigationscystoskop 6. Der Katheter Charrière No. 8 läßt sich durch den Canal des Instrumentes einführen.

Hierauf geht der Vortr. über zur Besprechung der sehr wichtigen Frage der Indicationen, welche teils diagnostischer, teils und weit seltener therapeutischer Natur sind. Der Vortr. illustrirte die diagnostische Bedeutung der Methode durch einzelne Krankengeschichten (Tuberculose in der einen Niere, Calculus renalis u. s. w.), in denen es für die Chirurgen von größter Wichtigkeit gewesen, den Zustand der zweiten Niere zu kennen, bevor man zur Operation bezw. Entfernung der kranken Niere schritt. Ferner hebt er die große Sicherheit hervor, mit der sich durch das Einlegen eines Dauerkatheters in den Ureter nach Albarran's Methode die Functionstüchtigkeit jeder einzelnen Niere bestimmen lasse. Endlich wurde die Bedeutung des

Ureterkatheters für den Nachweis von Calculi im Pelvis, von kleinen renalen Retentionen, von der Lage des Ureters bei Hysterectomie, sowie beim Stellen der Diagnose zwischen Hydronephrose und Ovariengeschwulst betont.

Eine sehr wichtige Frage sei zu entscheiden: wie lange dürfe man den Catheter à demeure im Ureter liegen lassen? Bei einfachen Untersuchungen zu diagnostischem Zwecke, wozu man nur eine geringe Menge Urin bedarf, genügt $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde. Soll die Functionstüchtigkeit beider Nieren gegenseitig genau verglichen werden, müsse der Katheter 24 bis 48 Stunden liegen bleiben. Nach Albarran sei dieses ohne alle Gefahr, und dieser habe ihn sogar bis 32 Tage ununterbrochen liegen lassen und dadurch einen Kranken mit renaler Fistel geheilt. Der Vortr. vermute jedoch, es sei gefährlich, den Katheter recht viele Tage liegen zu lassen und teilt einen Fall vom Hôpital Necker mit, in welchem er den Dauerkatheter in den gesunden Ureter eines jungen Mannes selbst einführte. Die ersten zwei Tage war der Urin ganz klar, am dritten unklar, leicht eitrig, später eitrig und sehr blutig. Es trat Retention im Pelvis, starke Empfindlichkeit der Niere und bedeutendes Fieber ein Es war evident, daß intense Infection die früher recht gesunde Niere angegriffen, und daß der Kranke in einen sehr gefährlichen Zustand versetzt worden war.

Bei Tuberculose in der Blase läuft man Gefahr, die Infection fortzupflanzen durch Inoculation von Tuberkelbacillen in den gesunden Ureter.

Hinsichtlich der therapeutischen Anwendung des Ureterkatheterismus habe der Vortr. keine eigene Erfahrung, wäre aber der Meinung, er habe keine weitere Bedeutung, ausgenommen vielleicht zur Heilung einer persistirenden renalen Fistel. Max Melchior (Kopenhagen).

Krueger, Israel, Rinne: **Ueber Ureterverletzungen.** (Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 11. Juli 1898. Berl. klinische Wochenschrift 1899, No. 8.)

Krueger berichtet zunächst über zwei Fälle, in denen wegen Ureterenverletzungen bei Laparotomien wegen Adnextumoren die Nephrectomie gemacht werden mußte. Im ersten Fall wurde die Ureterverletzung bei der Operation bemerkt und die Nephrectomie sofort angeschlossen, im zweiten Fall wurde erst acht Tage nach der Operation eine Urinfistel bemerkt; die Operationswunde schloß sich in vier Wochen bis auf eine kleine Fistel; da jedoch nach einiger Zeit Fieber und schließlich urämische Erscheinungen sich einstellten, so wurde die Nephrectomie beschlossen, nachdem die Gesundheit der anderen Niere durch Ureterkatheterismus festgestellt worden war. Die Operation und Reconvalescenz verlief glatt. Im Anschluß daran berichtete Israel über einen Fall von Spontanheilung einer Ureterenverletzung, den er zu beobachten Gelegenheit hatte. Einer Dame waren von einem hervorragenden Gynäkologen der Uterus und die Adnexe exstirpirt worden; die Blutstillung war mittelst Clamps gemacht worden, vielleicht hatte eine der Klemmen den Ureter gefaßt; jedenfalls bestand nach Abnahme der Klemmen Urinträufeln aus der Scheide und dem Ureter. Als nach wochen-

langem Urinträufeln eine Besserung nicht eingetreten war, entschloß sich die Frau, in dieselbe Klinik sich behufs einer Operation am Ureter oder ev. Nephrectomie aufnehmen zu lassen. In dem Moment, wo die Patientin in die Droschke stieg, versiegte die Urinsecretion und kam nicht wieder. Bald traten aber Nierencoliken auf der betreffenden Seite auf, in langen Intervallen, die zunächst mit der Ausscheidung eines nur wenig getrübten Urins einhergingen, dann aber ein typisches Bild der renalen Stauung zeigten. Bei Beginn jeder Attaque war der Urin noch klar, dann wurde er eiterhaltiger, bis beim Nachlassen der Schmerzen eine erhebliche Eiterportion im Urin sich zeigte, dann blieb der Urin wieder relativ klar bis zum Beginn der nächsten Attaque. Solche Attaquen traten sehr häufig auf, der Zustand war ein qualvoller, die Sondirung des Ureters gelang nicht, 5 cm von seiner Mündung in die Harnblase bestand offenbar eine Stenose. Schließlich kam der Zustand (bei Massage der in jedem Anfall stark anschwellenden Niere) zur Spontanheilung, die Anfälle hörten auf, der Urin blieb fortan klar. Der Massage mißt J. hierbei keinen Wert bei. Rinne berichtete ebenfalls über eine merkwürdige Spontanheilung einer Ureterfistel. Bei einer Adnexoperation war der linke Ureter durchschnitten worden. Die Patientin bekam außer der Ureterbauchdeckenfistel eine ausgedehnte jauchige Infiltration des Beckenbindegewebes; der Urin wurde zur Hälfte durch die Blase, zur Hälfte durch die Fistel entleert. Nach Abheilung der Beckenphlegmone stand R. vor der Aufgabe, die Ureterfistel zu beseitigen. Er versuchte durch Freilegen des Ureters zunächst eine plastische Vereinigung der beiden Ureterenden; das centrale Stück des Ureters ließ sich auffinden, das periphere Ende konnte aus der unentwirrbaren Narbenmasse nicht herauspräparirt werden. Daher wurde beschlossen, sofort die Nephrectomie zu machen. Indes mußte die Operation unterbleiben, da die Patientin plötzlich collabirte. Es blieb nichts übrig, als die Wunde zu tamponiren und abzuwarten. Ungefähr 14 Tage floß Urin in alter Weise durch die Fistel ab; dann wurden die Tampons allmählich herausgenommen, die Wunde verkleinerte sich und eines Tages ging auf einmal aller Urin durch die Blase, die Fistel war verheilt und die Patientin blieb seitdem gesund. Die sämtliche Urinmenge geht durch die Blase. Der Urin ist von normaler Menge und Beschaffenheit. Eine cystoskopische Untersuchung wurde noch nicht vorgenommen, um zu constatiren, ob aus der linken Uretermündung in der Blase Urin entleert wird; Zeichen einer Urinverhaltung (Hydronephrose) bestanden nie; das Aufhören der Entleerung der halben Urinmenge durch die Fistel trat ganz plötzlich ein. Eine Erklärung vermag R. nicht zu geben. R. L.

I. Israel, Koerte (Berlin): **Beiträge zur Ureterenchirurgie,** (Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, 6. Februar 1899; Bericht der Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 9.)

Israel stellte folgenden mit Erfolg operirten Fall vor:

Der Beginn der Erkrankung des 20jährigen Mädchens äußerte sich in sehr häufigen, ungemein schmerzhaften Mictionen. Nach vorhergegangener

vergeblicher Behandlung constatirte man an dem sehr herabgekommenen Mädchen (44 Kilo) nur mäßig trüben Urin ohne Tuberkelbacillen; die vaginale Palpation des Blasengrundes ist sehr schmerzhaft, ungemein geringe Capacität der Blase. Allmählich traten Fieberbewegungen hinzu, zunächst mit Empfindlichkeit, später Vergrößerung der Niere für die Dauer des Anfalls; nachdem die Capacität der Blase durch methodische Behandlung soweit zugenommen hatte, daß man einen Versuch der Cystoskopie machen konnte, zeigte sich, bei Gesundheit der Blase, links eitriger, rechts klarer Urin.

18. Februar 1898. Freilegung der linken Niere, prall fluctuirendes Organ, hühnereigroßes Nierenbecken, der Ureter gleichfalls ein gewundener, prall gefüllter Schlauch. Nephrotomie und Drainage der Niere. 3 cm oberhalb der Blasenmündung constatirt man durch den retrograden Ureterkatheterismus ein absolutes Hindernis. Weitere Sondirungsversuche erfolglos. Heilung der Nephrotomiewunde bis auf eine Fistel. 14. November 1898. Resection der stricturirenden Stelle und Implantation des oberhalb der Strictur durchschnittenen Ureters in eine neue Oeffnung der Blase durch den extraperitonealen Israel'schen Schnitt. Um eine Stenosirung der neuen Ureterpapille zu vermeiden, wird das Ureterende 1 cm lang aufgeschlitzt und exact Ureter und Blasenmucosa vernäht. Nachdem sich durch temporäre Verlegung der Nierenfistel gezeigt hatte, daß der Ureter vollkommen wegsam war, wurde am 16. November 1898 die Nierenfistel geschlossen. Heilung dieser und damit eine vollkommene Restitutio ad integrum. Die Aetiologie der circumscripten Stricturirung des Ureters wurde nicht aufgeklärt.

An diese Mitteilung knüpfte Israel eine kurze Uebersicht über 21 von ihm am Ureter ausgeführte Operationen:

5mal Entfernung eingekeilter Steine durch Incision des Ureters (3mal mit, 2mal ohne Naht, 2mal bei tiefsitzendem Stein), Vorgehen von der Vagina aus;

3mal Exstirpation des ganzen steingefüllten Ureters;

2mal Exstirpation des ganzen tuberculösen Ureters (partielle Exstirpation von Ureterteilen bei Nierentuberculose häufig);

2mal Resection des vesicalen Endstückes des Ureters;

5mal Abknickungen, Verziehungen und Verwachsungen des Ureters;

2mal Entfernung von Uretersteinen durch Hinaufschieben in das Nierenbecken;

1mal Beseitigung einer Ventilklappe am Ureterabgang;

1mal Compression des Ureterabganges durch einen quer über ihn hinwegziehenden Ast der Art. renal. Beseitigung der Kreuzung.

Körte demonstrirte im Anschluß an Israel's Vortrag zwei Nierensteine: der eine ist durch Nierenbeckenschnitt gewonnen, der zweite entstammt einer Nephrectomie, welche unbeabsichtigt ausgeführt werden mußte, da man sonst den großen, einen vollkommenen Abguß des Nierenbeckens und der Kelche repräsentirenden Stein nicht hätte entfernen können. Pat. ging zu Grunde, da die andere Niere gleichfalls erkrankt war und nicht mehr functionirte. Benda demonstrirt das zu letzterem Fall gehörende

Präparat und weist darauf hin, daß thatsächlich der übrige Ureter wegsam und nur am Abgang des Nierenbeckens eine circumscripte Verödung des Lumens vorhanden war, so daß diese zweite Niere außer Function gesetzt war.
R. L.

Dr. Richard Kretz (Wien): **Zur Bacteriologie der Pyelitis.** (Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 41.)

Bei einem Kranken, der wegen Vorfall der Mastdarmschleimhaut in Behandlung war, wurde bemerkt, daß der in reichlicher Menge entleerte Harn eitrig getrübt sei. Die Harnmenge betrug durchschnittlich 4000 ccm pro Tag, der Harn war lichtgelb, ziemlich gleichmäßig trüb; in frischem Zustande reagirte der Harn schwach sauer, wurde aber an der Luft bald alkalisch. In der Centrifuge sedimentirte der Harn leicht und schnell. Mikroskopisch bestand das Sediment fast ausschließlich aus Eiterkörperchen und nur ganz wenigen desquamirten Epithelzellen. Ein Teil der Eiterkörperchen enthielt in wechselnder Menge eingeschlossen kleine Bacterien, die ziemlich zahlreich, auch extracellulär lagen. Diese Bacterien stimmten nun in Form, Größe und Anordnung in den Zellleibern und schließlich auch kulturell mit den Pfeiffer'schen Influenzabacillen vollkommen überein, was von Pfeiffer selbst bestätigt wurde. Außer diesen Bacterien waren im Sediment keine anderen nachzuweisen, und Verf. glaubt, die in vorliegendem Falle bestehende Affection, welche er auf Grund cystoskopischer Untersuchung als Pyelitis deutet, auf Rechnung der vorgefundenen Bacterienart setzen zu können, ohne jedoch mit Bestimmtheit angeben zu wollen, daß es sich hier thatsächlich um Influenzabacillen gehandelt hatte.
Li.

Dr. Alfred Fuchs (Wien): **Beitrag zur abdominalen Diagnostik.** (Zeitschrift für klin. Medicin 1898, Bd. 36, Heft 1 u. 2.)

Der Darm functionirt in der mechanischen Beförderung seiner Contenta als motorischer Apparat, welcher zugleich selbst bei seiner Action Form- und Lageveränderungen erfährt. Von seiner Gestalt ist das Bild der Bauchoberfläche wesentlich abhängig. Steigert sich die Darmthätigkeit in ungewöhnlichem Maße, so wird die Configuration der Bauchwand vollkommen verändert, und es kommt zu jenem oft stürmischen Bewegungsphänomen, welches die sich steifenden und gewaltig arbeitenden, in ihrer Wandmusculatur verdickten Schlingen hervorrufen, wie es bei Passagehindernissen wohl bekannt ist. Verf. hatte sich nun zur Aufgabe gemacht, diejenigen Veränderungen in der Gestaltung des Abdomens zu studiren, welche bei künstlicher Steigerung der peristaltischen Thätigkeit des Darmes herbeigeführt und den physikalischen Untersuchungsmethoden, vor Allem dem Auge, dann dem Tastgefühle bemerkbar werden. Die wichtigsten Lageveränderungen, welche man bei der künstlichen Darmsteifung (zur Herbeiführung dieser letzteren hat Verf. eine besonders zweckmäßige Methode ersonnen, auf die wir hier aber nicht eingehen wollen) an den Nachbarorganen in typischer

geben werden, ohne daß es weder einen größeren Speichelfluß noch Ulceration erzeugen würde. Dazu ist nur nötig, das Calomel in Oblaten oder Gelatinekapseln einzuhüllen. Li.

Dr. Opitz (Berlin): **Beiträge zur Frage der Durchgängigkeit von Darm und Nieren für Bacterien.** (Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten 1898, Bd. 29, Heft 3.)

Der Ueberschrift entsprechend setzt sich die vorliegende Arbeit aus zwei selbstständigen Teilen zusammen, von denen der eine die Durchgängigkeit des Darms für Bacterien, der andere die der Nieren behandelt. Durch zahlreiche Tierexperimente thut Verf. dar, daß von einer physiologischen Ausscheidung von Bacterien durch die Nieren in keiner Richtung die Rede sein kann. Der menschliche oder der tierische Körper bedarf auch der Nieren gar nicht, um sich von in die Blutbahn eingedrungenen Keimen zu befreien. Wie es aus den Versuchen des Verf.'s, die mit denen v. Klecki's übereinstimmen, zu ersehen ist, nimmt die Keimzahl im Blute sehr schnell ab, auch ohne daß es zu einer Ausscheidung durch die Niere kommt. Es steht dies ganz im Einklange mit den von Zyssokowitsch erhaltenen Resultaten, der zugleich Leber, Milz und Knochenmark als Ablagerungs- und Vernichtungsstätten der Mikroorganismen kennzeichnete.

Wie ausgezeichnet diese Vorrichtung des tierischen Körpers functionirt, ist aus folgendem Versuch des Verf.'s mit Deutlichkeit zu ersehen: Ein Hund bekam 10000000 Keime, von einer 20 Minuten später entnommenen Blutprobe enthielt 1 ccm nur 8 Keime, während die Injectionsmenge 9000 Keime auf 1 ccm betrug. Eine Ergänzung einer solchen Schutzwirkung durch die Nieren braucht also nicht einmal gewünscht zu werden.

Was das häufig beobachtete Auftreten von Keimen im Harn schon kurz nach Injectionen in die Blutbahn betrifft, so beruht es auf mechanischen und chemischen Verletzungen der Gefäßwände und der Nierenepithelien.

Von dem obigen Standpunkt ausgehend, nimmt Verf. an, daß man bei Infectionskrankheiten von einer vermehrten Diurese eine Heilwirkung in dem Sinne nicht erhoffen darf, daß sie im Stande wäre, die Keimzahl im Blute durch directe Ausscheidung zu vermindern. Die Aufgabe der Diurese und auch der Diaphorese dürfte lediglich in der Entfernung der Stoffwechselproducte der Bacterien und der Zerfallsproducte der schon im Blut oder in den Ablagerungsstätten vernichteten Keime bestehen. Man hat also allen Grund, in Krankheitsfällen die Diurese und die Diaphorese zu unterstützen, auch wenn es nicht zu einer Ausscheidung von Bacterien im Harn und Schweiß kommt. Li.

Alessandri: **Ueber die Wiederherstellung der Nierenfunction und die Möglichkeit der compensatorischen Hypertrophie nach völliger Verlegung der Nierenvene.** (XIII. Congreß der italien. Gesellsch. für Chirurgie, Turin 1898.)

A. hat durch Unterbindungsversuche der Nierenhilusgefäße erwiesen, daß nach schweren Störungen in der ersten Zeit die Function des Organs sich

größtenteils wiederherstellt, teils durch Restitutio ad integrum, teils durch Neubildung von Harncanälchen, und zwar zeitlich abhängig von der Wiederkehr des Blutumlaufs in den Nieren gemäß der fortschreitenden Entwicklung der Collateralvenen. Circa drei Monate nach der Venenunterbindung ist die Niere auf zwei Drittel ihres früheren Volumens reducirt, zeigt aber normale Structur und Function. Bei einer so operirten Hündin exstirpirte man nach drei Monaten die andere Niere; das Tier lebte mit der einzigen Niere, deren Vene unterbunden war, und secernirte normalen Harn; nach zwei Monaten starb es plötzlich. Die einzige Niere zeigte eine enorme Entwicklung der Kapselvenen; sie war hypertrophirt und hatte am oberen Pol frische Entzündungsherde, wohl die Todesursache. Dieses Experiment erweist, daß eine Niere, deren ausführende Vene man unterbunden hat, nicht nur im Stande ist, ihre physiologische Structur und Function wieder aufzunehmen, sondern sogar bei plötzlicher Unterdrückung der anderen Niere deren Function in Folge Bildung compensatorischer Hypertrophie übernehmen kann.

Mankiewicz.

v. Török (Wien): **Zwei Fälle von Nephropexie nach Hahn wegen Wanderniere.** (K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 3. Februar 1899. Wiener klinische Rundschau 1899, No. 7.)

Der erste Fall betrifft eine Patientin, die schon vier Jahre eine Bandage ohne Erfolg getragen hatte und durch häufige Einklemmungserscheinungen vollständig arbeitsunfähig war. Verf. legte die Niere durch den Simonschen Schnitt frei und fixirte sie mit tiefen Knopfnähten an den lat. Rand des Quadratus lumborum. Die Kranke ist seither ($2^1/_2$ Jahre) von den Beschwerden gänzlich befreit. — Der zweite Fall ist dadurch bemerkenswert, daß die Patientin Symptome eines Magenleidens (Bluterbrechen und einen verschieblichen Tumor in der Magengegend) aufwies, der eine diagnostische Incision gerechtfertigt erscheinen ließ. Diese erwies jedoch den Magen intact, aber vor demselben die rechte Niere gelagert. Nachdem diese in gleicher Weise wie im ersten Falle fixirt worden war, verschwanden die Magenbeschwerden vollständig.

M. L.

Schnitzler: **Nephrotomie wegen Nierensteinen.** (Wien. med. Blätter 1898, No. 51.)

Der Kranke litt seit seinem 12. Jahre an Nierensteinen und entleerte oft Harnsand im Urin. Ende August 1898 bekam er einen heftigen Kolikanfall unter Schüttelfrost, Collaps, Erbrechen und Herabsetzung der Harnmenge. Am nächsten Tage totale Anurie. Die linke Niere wurde bloßgelegt, von der Convexität her eröffnet, aus dem Nierenbecken wurden mehrere ziemlich große Steine entfernt, von denen einer die Uretermündung verlegte. Am nächsten Tage wurden von der gesunden Niere große Mengen Urin entleert, und der Verband der kranken Niere wurde von dem secernirten Harn stark durchnäßt. Heilung. Bemerkenswert ist hier die reflectorische Anurie, indem die gesunde Niere beim Verlegtsein des Ureters der kranken Seite ihre

Secretion einstellte. Der Schnitt an der convexen Seite der Niere giebt bessere operative Resultate, als der Beckenschnitt und hinterläßt keine Fistel. Durch den Ureterenkatheterismus kann man wohl den einzelnen Anfall coupiren, aber die Krankheit selbst wird natürlich nicht beeinflußt In diesem Falle hätten die Steine wegen ihrer Größe den Ureter nicht passiren können. Immerwahr (Berlin).

Dr. Fedoroff (Moskau): **Beitrag zur Casuistik der Nierensteine.** (Wratsch 1898, No. 50.)

Die 37jährige Patientin erkrankte circa sechs Wochen vor der Aufnahme in das Krankenhaus unter Schmerzen in der rechten Seite, hohem Fieber, häufiger und schmerzhafter Entleerung von trübem Harn. Die Untersuchung ergab in der rechten Hälfte des Abdomens eine gleichmäßig elastische Geschwulst, die fast bis an die Mittellinie reichte; ihr oberes Ende verschwand im rechten Hypochondrium, das untere reichte fast bis an die Spina ossis ilei ant. sup. Die Geschwulst war leicht beweglich und zeigte in ihrem oberen Teile deutliche Fluctuation. Harn übelriechend und stark eiterhaltend. Bei der cystoskopischen Untersuchung sieht man, daß aus dem rechten Ureter Eiter in ununterbrochenem Strom herausfließt. Die Diagnose wurde auf Abceß der rechten Niere gestellt. Operation: Obliquer Lumbalschnitt, Eröffnung der Kapsel auf stumpfem Wege; die Niere war nun so groß, daß weder das obere, noch das untere Ende erreicht werden konnte, selbst dann, nachdem durch Punction circa drei Glas voll übelriechenden Eiters aus der Niere entleert wurden. Da die Enucleation der Niere nicht gelang, so wurde dieselbe in der ganzen Ausdehnung ihres freigelegten Teiles incidirt. Dabei wurde im unteren Teile der Niere ein großer Stein entdeckt. Nach Entfernung des Steines konnte die Niere mit Leichtigkeit ausgeschält werden. Uebliche Weiterführung der Operation. Glatter Heilungsverlauf. Vollständige Genesung.

Der Stein, der aus Phosphaten mit einem Kern von oxalsaurem Kalk bestand, wog 126 g und ist somit der zweitgrößte bis jetzt bekannte Nierenstein.

Bemerkenswert ist es, daß in der Anamnese dieses Falles Angaben über Nierensteinkolik vollständig fehlten. Lubowski.

D'Antona: **Untersuchungen und Beobachtungen von Nierengeschwülsten.** (XIII. Congreß der italienischen Gesellschaft für Chirurgie, Turin 1898.)

D'Antona hat unter 18 Nephrectomien wegen Geschwülste nur einen Mißerfolg gehabt. Bei großen Pyonephrosen rät er, vor der Exstirpation die Nephrotomie zu machen; dieselbe bietet folgende Vorteile: 1. Sie kann die Heilung allein herbeiführen; 2. sie verringert das Geschwulstvolumen und macht die Exstirpation auf dem Lendenwege leichter; 3. wenn man dieselbe früher ausführt, wird das Befinden des Kranken viel besser, ein für einen so schweren Eingriff wie die Nephrectomie sehr erheblicher Umstand.

Bei soliden Geschwülsten ist die Schwierigkeit der Exstirpation proportional dem Grade der Bösartigkeit der Geschwulst (?). Daher soll das besondere Interesse für die pathologisch-anatomische Structur dieser Geschwülste kommen. A. hat unter seinen Fällen reine Adenocarcinome der Harncanälchen, Endotheliome und von Nebennierenkeimen ausgegangene Tumoren, ferner Mischgeschwülste. Mankiewicz.

Dr. Wanitschek: **Ueber ein Nierensarcom bei einem Kinde.** (Prager med. Wochenschr. 1898, No. 52.)

Der vorliegende Fall betrifft ein $6^1/_2$jähriges Mädchen, bei dem vor $2^1/_2$ Jahren wegen eines Nierentumors die eine Niere exstirpirt worden war, wobei sich der Tumor bei der mikroskopischen Untersuchung als ein spindelzelliges Sarcom erwiesen hatte. Das Bemerkenswerteste an diesem Falle ist, daß das Kind, das nunmehr nur eine Niere besaß, an acuter Nephritis erkrankte und doch genas, ein Beweis, daß auch eine erkrankte einzige Niere eine bestimmte Zeit die physiologische Function aufrecht zu erhalten vermag. M. L.

Dr. Josef Friedjung: **Ein Fall von Phthisis renum.** (Aus der Kinder-Spitalsabteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien. Archiv für Kinderheilkunde 1898, Bd. 25, Heft 5 und 6.)

Das sieben Jahre alte Kind soll bis vor zwei Jahren gesund gewesen sein. Damals acquirirte es einen Scharlach, in dessen Verlauf eine Nephritis eintrat. Seitdem ist das Kind leidend. Seit zwei Monaten heftige Schmerzen im Abdomen, Kopfschmerzen, Fieber; heftiger Durst, Appetit gering. Hin und wieder Erbrechen. Stuhl regelmäßig, Urin angeblich kaum vermindert. Status praesens: Temperatur 37,1°, Puls 108, regelmäßig, Arterie schlecht gefüllt, Spannung gering, Respiration regelmäßig, costo-abdominal. Sehr herabgekommenes, schlecht entwickeltes Kind. Körpergewicht 11 kg. Ruhige Seitenlage; Gesichtsausdruck leidend, matt, Augen müde, halb geöffnet Haut schmutzigbraun bis grau, Linea fusca, sehr fettarm, trocken. Musculatur elend, Knochenbau gracil. Augen tiefliegend, halonirt, Zunge weiß belegt. Drüsen am Halse und in inguine etwas vergrößert, hart. Epigastrischer Winkel etwa 90°. Lunge normal, Herzdämpfung nicht verbreitert, Töne leise, rein. Abdomen weich, etwas eingesunken. Milz überragt den Rippenbogen reichlich, plump, ziemlich resistent. Bei tiefer Palpation im Hypogastrium bohnengroße, harte Resistenzen. Schmerzfrei. Stuhl angehalten. Urin klar, 24stündige Menge normal. Reaction sauer, Albumen in großer Menge. Sediment: reichliche Lymphkörperchen, etwas spärliche rote Blutzellen. Tuberkelbacillen negativ. Vier Tage später Temperatur 36,6°, Respiration 56, oberflächlich. Sehr verfallen. Rechts hinten oben gedämpft-tympanitischer Schall, über beiden Scapulis bronchiales Atmen. Nahrungsaufnahme sehr gering. Unter Zunahme der Cyanose und Dyspnoe Exitus letalis gegen Abend. Ob-

duction: Phthisis renum. Tuberculose des obersten Teiles der Ureteren. Spondylitis tuberculosa. Schwellung der Bronchial- und Mesenteriallymphdrüsen. Beiderseitige Lobulärpneumonie. Fettleber. Li.

F. Roche: **Du rein polycystique.** (Ann. d. mal. gén.-urin. 1898, No. 11.)

An der Hand von zwei Obductionsfällen von Cystenniere bespricht R. die Symptomatologie dieses Krankheitsprocesses und kommt zu dem Schluß, daß kein Symptom sowohl für die Diagnose wie für die Behandlung dieser Krankheit typisch ist. Bezüglich des mikroskopischen Befundes ist hervorzuheben, daß es sich fast in allen Schichten der Nierensubstanz um Sclerose und Verfettung des Nierengewebes und der Epithelien handelt.

Stockmann (Königsberg).

Dr. Abel: **Further Observations on the Chemical Nature of the Active Principle of the Suprarenal Capsule.** (Bull. of the Johns Hopkins Hospital 1898, Bd. IX, No. 90—91.)

Das Ergebnis der vom Verf. ausgeführten Untersuchungen ist folgendes: Das wirksame Princip der Nebennieren wurde in Form eines Pulvers isolirt, das hellgraue bis bräunliche Farbe hatte, und dessen Zusammensetzung durch die Formel $C_{17}H_{15}NO_4$ ausgedrückt werden kann. Bei Behandlung mit pulverisirten Alkalien werden von diesem Molecül leicht ein Amin und ein Methylindol abgespalten. M. L.

Béla Fenyvessy: **Versuche mit Nebennierenextract.** (Orvosi helitap, 3. u. 10. December 1898. Ref. nach klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898, No. 52.)

Das zu den Versuchen verwendete Präparat war Merck's Extract. suprarenale haemostatic. Nach intravenöser Injection tritt eine starke, doch nur kurzdauernde Erhöhung des Blutdruckes ein. Per os genommen, bleibt diese Wirkung aus. Im Gegensatz zu Cyon fand Verf., daß während der Erhöhung des Blutdruckes eine Reizung und keine Lähmung des Vagus stattfindet. Die Vaguslähmung ist schon ein Vergiftungssymptom und centralen Ursprungs, und wie es scheint, unabhängig von jenem Bestandteil, welcher die Blutdrucksteigerung verursacht. In Fällen von Herzlähmung gelang es, durch intravenöse Injection innerhalb zweier Minuten nach Ausbleiben der Herzcontractionen die Herzthätigkeit wieder in Gang zu bringen, selbst im Falle hochgradiger fettiger Degeneration. Die Wirkung auf den Darm besteht in lebhaften peristaltischen Bewegungen und starker Blässe der Schleimhaut; beide Wirkungen weisen auf die glatten Muskelfasern hin und sind peripherischer Natur. Im schwangeren Uterus werden durch Injectionen in die Ohrvene Contractionen ausgelöst, die zum Abortus führen. Li.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.,**
Elberfeld.

Pharmaceutische Producte:

Protargol.

Ein neues
Silberpräparat
zur Behandlung der
Gonorrhoe und zur Wundbehandlung.
Hohe bactericide Eigenschaften bei absoluter Reizlosigkeit.
Vide Neisser, Dermatolog. Centralblatt I, 1897.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vortheil verwendet bei:
Ulcus molle, Bubonen,
Condylomata lata, Gonorrhoea cervicis,
syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric. pulv. a. p. aequ., als 3—5% Salbe und als Collodium spec. für Schnittwunden.

Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:
Brandwunden, Ulcus cruris,
Epididymitis, Furunculosis, Epithelioma,
Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz und in 5—10% Salbe.

CHINOSOL in Tabletten à 1 gr, 1/2 gr, 1/4 gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: **Wundbehandlung, geburtshülfliche Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,** für **antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,** ferner bei **Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.**

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., chemische Fabrik.
Hamburg-U.

Practischer als Suspensorien erwiesen sich
Beiersdorf's elastische Pflaster-Suspensionsbinden
nach Angabe von Dr. Karl Gerson, Berlin,
gegen Epididymitis, Varicocele und Hodentumoren, **speciell prophylaktisch bei Gonorrhoe.** Als besondere Vorzüge den Suspensorien gegenüber führen wir folgende an:

1. **Höhere Suspension der Testikel.**
2. **Grössere Ruhigstellung derselben.**
3. **Gleichmässiger Druck auf den Testikel und seine Häute, welcher ersterer der höheren Anlegung entsprechend steigt.**
4. **Grössere Billigkeit, da zwei Binden, für je zwei bis drei Wochen ausreichend, 80 Pf., für Kassen 75 Pf. kosten.**

Gerson, Dermatol. Centralblatt, Heft IV, 1897.
Derselbe, Berl. klin. Wochenschr., No. 3, 1898, Vortrag, Lassar, Frank Discussion.
Friedländer, Dermatol. Zeitschrift, Bd. V, Heft 4.

In Berliner Krankenhäusern ständig gebraucht.

P. Beiersdorf & Co., Chemische Fabrik Pharmaceutischer Präparate, Hamburg-Eimsbüttel.

RICHARD KISS, Berlin N., Oranienburgerstr. 73.

Construction, Anfertigung und Reparatur elektro-medicinischer Apparate.

Alleinfabrikant des **sterilisierbaren, von Dr. A. Freudenberg verbesserten Prostata-Incisors** nach Bottini.

Transportable Accumulatoren-Batterie mit Ampèremeter für den Incisor und alle anderen galvanokaustischen Brenner.

Prospekte kostenlos.

LARGIN

neues Antigonorrhoicum,

höchstprocentige Silbereiweissverbindung

mit constantem Ag-Gehalt von 11,10%.

Vide: PEZZOLI, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, No. 11 u. 12.

KORNFELD, *Wiener medizinische Presse*, 1898, No. 33.

SCHUFTAN u. AUFRECHT, *Allg. med. Central-Zeitung*, 1898, No. 84.

WELANDER, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 46, Heft 3.

Alleinvertrieb:

E. MERCK, chemische Fabrik, Darmstadt.

Litteratur gratis und franco.

Verlag von OSCAR COBLENTZ, Berlin W. 35.

Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren

von

Dr. Leopold Casper,

Privat-Docent an der Universität Berlin.

Preis Mk. 1,80.

Aus der Abteilung des Prof. E. Lang, Primararzt des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Einiges über Harnröhrenstricturen überhaupt und solche seltenerer Form.

Von

Dr. **Eduard Deutsch**, Assistent der Abteilung.

Stricturen im engeren Sinne, d. h. narbige Veränderungen des Harnröhrenlumens teilen mit den Neoplasmen, wie sie sonst um Schleimhautcanäle z. B. Pylorus oder Rectum vorkommen, eine hervorragende Eigenschaft, nämlich daß sie relativ spät entdeckt werden. Dittel (hier und an anderen Stellen: Die Stricturen der Harnröhre, von Dr. Leopold Dittel, Deutsche Chirurgie, Lieferung 49) macht ihnen mit Recht den Vorwurf der Heimtücke, da jene Symptome, welche den Kranken veranlassen, den Arzt zu Rate zu ziehen, lange nicht mehr die Erscheinungen des beginnenden Uebels sind; in der großen Mehrzahl der Fälle kommt der Patient mit der fertigen Strictur, und man muß zufrieden sein, wenn er zu einer Zeit kommt, wo es sich noch immer nur um Veränderungen der Harnröhre und nicht um die Folgeerscheinungen in den weiteren Harnwegen oder Harnorganen oder endlich um weitere Schädigungen des Organismus handelt. Ich erinnere mich hierbei eines dem Sinne gemäß hier wiedergegebenen Ausspruches, den Albert in seinen Vorlesungen gelegentlich der Vorstellung eines solchen Falles gebrauchte: Der Anfang ist ein harmloser Tripper, das Ende zeigt sich unter dem imponirenden Bilde der Urämie. Dittel selbst erzählt, daß ihm wiederholt Fälle zur Behandlung erst unterkamen, als sie mit urämischen Erscheinungen erkrankten; noch viel häufiger aber ereignet es sich, daß Stricturkranke mit den Zeichen beginnender Urininfiltration, Abscedirung am Perineum oder septischen

Allgemeinerscheinungen zur Beobachtung gelangen. Ein solcher Fall, der überdies durch seine Complication mit Blasenstein Erwähnung verdient, soll später ausführlich bedacht werden. Suchen wir den Grund für diese späte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, so liegt derselbe, wenn wir von subjectiven Momenten aller Art, wie Indolenz, Unwissenheit und vielleicht falsche Schamhaftigkeit absehen, hauptsächlich darin, daß wir es bei der Strictur mit einem eminent chronisch fortschreitenden Uebel zu thun haben. Die jüngste Strictur, die Dittel beobachtete, war zwei Jahre alt, die Mehrzahl gelangt zur Beobachtung nach einem Zeitraum von 5—10—20 Jahren. Die Veränderungen in Form und Stärke des Harnstrahles und in der Art der Urinentleerung gehen so langsam vor sich, daß sie dem Kranken erst zum Bewußtsein kommen, wenn sie hohe Grade erreicht haben oder wenn durch eine, sei es zufällig hinzutretende oder durch das Leiden bedingte Schwellung der Urethralschleimhaut die ohnehin enge Passage für den Urin unwegsam gemacht wird, also vollständige Retention eintritt. Es ist fast unglaublich, wie groß die Toleranz der Kranken in Bezug auf die Art der Urinentleerung ist. So wurde uns von der Klinik Nothnagel im Laufe dieses Jahres ein Mann zutransferirt, der daselbst wegen täglich auftretender Schüttelfröste Aufnahme gesucht und gefunden hatte. Im Verlauf der Beobachtung stellte sich heraus, daß der Mann blos tropfenweise uriniren konnte, und doch hatte er nicht deshalb, sondern der Schüttelfröste wegen das Spital aufgesucht. Bei uns wurde eine Strictur constatirt, die für starre und weiche Instrumente zunächst impermeabel schien, schließlich mit Metallkatheter No. VII entrirt und in einigen Sitzungen durch successives Vorrücken passirt wurde, woran sich nach Einführung einer Leitbougie die electrolytische Erweiterung anschloß, die innerhalb drei Minuten bei einem Anstieg auf $2^1/_2$ M.-A. durchgeführt, also Erweiterung auf No. 21 erzielt wurde.

Wie bei allen chronischen Uebeln, die durch irgend einen Umstand eine plötzliche Steigerung erfahren und mit dieser erst dem Kranken zum Bewußtsein kommen, wird man auch hier immer wieder von ihm hören können, er sei bis vor wenigen Tagen immer gesund gewesen, habe nie etwas Absonderliches bemerkt u. s. w. Erst das genauere Examen wird ihn selbst darauf führen, uns einschlägige Momente mitzuteilen. So kommt es auch, daß sich die Altersbestimmung der Strictur manchmal ziemlich schwierig gestaltet (siehe auch die später geschilderten Fälle 2 und 3). Daß der Kranke den Beginn seines Leidens erst von dem Moment an datirt, wo seine Beschwerden erheblichere geworden sind, ist nur natürlich, dabei ist es aber klar, daß die Strictur zu dieser Zeit schon einen ziemlich langen Bestand hat. Im Allgemeinen

hilft uns hier die Anamnese zur Urteilsbildung, und wir rechnen, wo sich anamnestisch blos eine einzige gonorrhoische Affection ergiebt, von dieser, bei einer Multiplicität von solchen Infectionen wird die Bestimmung unsicher. Von welchen Factoren die raschere oder langsamere Ausbildung der Strictur abhängt, läßt sich kaum sagen, auf keinen Fall ist es die Acuität des ursprünglichen Processes allein — von Complicationen, periurethralen Abscessen, Cavernitis etc. sehen wir ab —, die hier den Ausschlag giebt, sondern vielmehr die Dauer des Entzündungsprocesses, und diesbezüglich kann man oft die Erfahrung machen, daß die Kranken erzählen, sie wären mit ihrem Ausfluß nie fertig geworden.

Sei dem wie immer, Thatsache bleibt es, daß eine beträchtliche Anzahl von Kranken wohl wegen der Harnröhrenstrictur die Behandlung aufsucht, dabei aber schon an Folgeerscheinungen derselben leidet, zuweilen sind es, wie früher erwähnt, gerade die letzteren, Schüttelfröste, Fieber, periurethrale Abscesse u. s. w., welche die Kranken zu uns führen. Die Prognose für die letzteren Formen, die in erster Linie rein chirurgische Eingriffe bedingen, gestaltet sich im Allgemeinen nicht ungünstig; anders verhalten sich die Fälle, wo Degeneration der Nieren- und eventuell Herzsubstanz eingetreten ist, weil hier die Frage der morbiden Reaction bedeutend in's Gewicht fällt, und zwar in fast gleicher Weise bei der Sondenbehandlung und Electrolyse, wie weiter unten dargethan werden soll. Es erscheint hier zweckmäßig, einige Bemerkungen über die Electrolyse anzuknüpfen, da sie noch nicht genügend gekannt und darum auch zu wenig gewürdigt ist. Das Wesen der Electrolyse wurde von Lang in wiederholten Publicationen zur Genüge auseinandergesetzt, doch sei hier nochmals hervorgehoben, daß wir mit so schwachen Strömen arbeiten, daß eine Schorfbildung absolut ausgeschlossen ist. Die Wirkung ist als Decomposition der Gewebe aufzufassen, die dadurch zu Stande kommt, daß die Wasserstoffmolecüle an der negativen (Stricturen-) Electrode zur Abscheidung gelangen. Die Raschheit, mit welcher die Electrode in einer ganzen Reihe von Fällen durch die Strictur hindurchgeht, ist eine wahrhaft imponirende. Es liegt uns fern, die Electrolyse als die allein zu bevorzugende Methode zu bezeichnen, doch ist der Vorteil, den sie bietet, in die Augen springend, da sie uns gestattet, nach einer kurzen, oft nur zwei Minuten anwährenden Sitzung von Leitsonden mit dem Caliber No. IV, V und VI auf die Metallsonde No. XX, XXI überzugehen: genügt, wie gesagt (ich selbst kam in die Lage, während meines Dienstes auf der Abteilung das Verfahren in mehr als 20 Fällen mit zu beobachten), in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle eine einzige Sitzung von wenigen

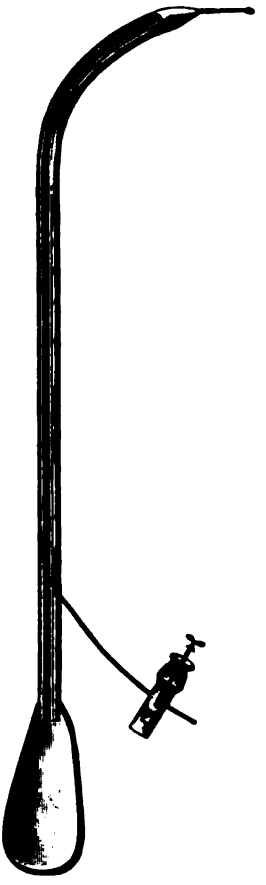
Minuten, um zum Ziele zu gelangen, so soll keineswegs verschwiegen bleiben, daß längere, außerordentlich callöse Stricturen einer viel längeren Zeitdauer, bis zu 30 Minuten, und event. sogar einer zweiten Sitzung bedürfen. Es hat sich uns übrigens gerade in solchen Fällen, wo es nach längerer Sitzung nicht gelungen war, die Strictur in ihrer ganzen Ausdehnung zu passiren, sondern wo blos ein beträchtlicher Teil derselben erweitert wurde, ohne daß die Sondenelectrode in die Blase eingeführt werden konnte, die interessante Thatsache gezeigt, daß ein nachträglich eingeführtes Metallinstrument vom Caliber der Electrodenbirne entsprechend Charrière No. XXI anstandslos in die Blase einzuführen war. Diese Erscheinung wäre dahin zu deuten, daß sich die decomponirende Wirkung des electrischen Stromes auch dort, wo die Gewebe nicht unmittelbar der Birne anliegen, mittelst Stromschleifen bemerkbar macht, abgesehen davon, daß die weiter nach hinten gelegenen Stricturen oft schwächer entwickelt sind, als die vorderen.

Als erste und unerläßliche Bedingung für die Durchführung der Electrolyse gilt die Möglichkeit, eine Leitbougie von mindestens Charrière No. 4 einführen zu können, eine Bedingung, die mutatis mutandis auch für die übliche Sondenbehandlung gilt, da es unmöglich ist, eine höhere Sondennummer einzuführen, wenn vorher nicht eine niedrigere passirte. Welche Schwierigkeiten gerade diese Aufgabe oft bereitet, ist den Fachmännern nur zu wohl bekannt. So kommt es, daß, wenn es uns bei einem schwierigen Fall nach längerem Bemühen gelang, eine Leitbougie einzuführen, ohne daß aus irgend einem Grunde die Electrolyse sofort angeschlossen werden kann, wir dieselbe einfach liegen lassen. Dieses Verweilenlassen von Bougies filiformes, mit denen es zum ersten Male gelingt, die Strictur zu passiren, ist in manchen Fällen von sehr günstigen Folgen begleitet. Vorausgesetzt ist dabei selbstverständlich, daß die Urinentleerung neben der Bougie möglich ist, und daß sie auch sonst zu keinerlei Reaction (Fieber, Schmerz etc.) führt. Bei ganz kurzer Strictur gelang es uns in einem Falle, nach 24stündigem Belassen einer Bougie Charrière No. 5 direct die Metallsonde No. 19 einzuführen. Ein anderes Mal ließen wir exempli causa eine Bougie No. 4, stärkere passirten nicht, durch drei Tage liegen; es handelte sich um eine Strictur, die noch in der Pars pendula begann und sich durch die ganze Pars membranacea erstreckte, der Effect war ein ziemlich unbedeutender, es passirte dann eine Bleibougie No. 9 und wir führten die Erweiterung electrolytisch zu Ende, und in wenigen Minuten war die lange Strictur auf No. 21 dilatirt. Sehen wir von den gewöhnlich gefürchteten nervösen, febrilen (Wund-) und morbiden Reactionen ab, so tritt in manchen Fällen im Anschluß an die Sondi-

rung, event. an die Electrolyse, eine acute Schwellung der Urethralschleimhaut auf, die den erzielten Effect scheinbar ganz aufhebt. Ein College, den wir im verflossenen Sommer zu behandeln Gelegenheit hatten, zeigte diese Erscheinung in auffälligster Weise. Er litt seit Jahren an Strictur und wurde auch wiederholt behandelt, doch wurde die allmähliche Dilatation mittelst Sonden wegen der erwähnten localen Reaction, an die sich überdies regelmäßig hohe Temperaturen bis 40,5 und Schüttelfrost anschlossen, nicht vertragen und ging daher auch nicht recht von statten. Es wurde die sich übrigens ziemlich schwierig gestaltende Electrolyse durchgeführt; freilich trat auch nach dieser die unvermeidliche Reaction ein, die sein Allgemeinbefinden nicht sonderlich afficirte, da sie ihm aus Versuchen am eigenen Leibe nur zu wohl bekannt war, aber nach einigen Tagen ging die Schwellung zurück, und es zeigte sich, daß der Effect nicht beeinträchtigt war, denn es konnte ohne Weiteres zur nächst höheren Nummer aufgestiegen werden. Erst jetzt war es möglich, die schwere Cystitis, die sich im Verlauf der Jahre ausgebildet hatte, einer regelmäßigen methodischen Behandlung zu unterwerfen. Bei einer solchen Neigung einzelner Kranken zu besonders heftiger, event. mit Retentio urinae einhergehender, localer Reaction giebt uns die Electrolyse allein die Möglichkeit, mit einem Schlage um 12—16 Nummern vorzurücken, ein Vorteil, der nicht hoch genug angeschlagen werden kann. Neben der Abkürzung in der Behandlungsdauer, die sich sonst sicherlich auf Wochen erstrecken müsste, sind die Schädigungen, die der Organismus durch die erwähnte Reaction zu erleiden hat, auf das Minimum reducirt. Was Wunder, wenn der College sich nach den üblen Erfahrungen seiner früheren Proceduren nicht enthusiastisch genug über das electrolytische Verfahren ausdrücken konnte. Ich halte die Erfahrungen, die wir an Collegen machen können, für besonders wichtig, weil ja bekannt ist, daß es kaum ärgere Kranke geben kann, als Aerzte. Zuweilen kommt es vor — doch ziemlich selten — daß nach der Electrolyse sich die Einführung eines Metallkatheters in der Stärke der Electrodenbirne als unmöglich erweist; es scheint, daß nach geschehener Erweiterung da und dort die Spitze des Instruments durch vorspringende Querbalken etc. abgelenkt wird. In solchen Fällen benutzen wir für die Nachbehandlung, im Ganzen die ersten zwei- bis dreimal, die Lang'schen Bahnsonden, Metallsonden, die in ähnlicher Weise wie die Electrode an der convexen Seite eine Rinne und an der stumpf conischen Spitze eine Bohrung tragen, welche zur Aufnahme einer vorher in die Urethra einzuführenden Leitbougie dient, an welcher sich das Instrument leicht vorschieben läßt. Das freie Ende der Bougie wird ebenso wie bei der Electrolyse durch eine

Klemme gesichert (siehe Abbildung). Auch bei Vorhandensein einer fausse route erweisen sich die Bahnsonden von Nutzen, oft lassen sich feinere Instrumente an derselben vorüberführen, während stärkere immer wieder dahin abgelenkt werden.

Daß mit der gelungenen Electrolyse als solcher noch lange nicht Alles gethan ist, kann als bekannt vorausgesetzt werden, es schließt sich daran die bis auf Charrière No. 24 und darüber aufsteigende Sondenbehandlung — die periodisch zu wiederholende Einlagerung von Vollsonden. Einzelne Unglücksfälle ereignen sich nach der electrolytischen Erweiterung in ähnlicher Weise, wie sie auch nach Sondirungen einzutreten pflegen, sie haben mit der Methode nichts zu thun. Ich citire hier zwei Fälle (Lang), die dafür den entsprechenden Beleg bieten. In dem einen Fall handelte es sich um einen 50jähr. Kaufmann, der seit 15 Jahren an Strictur litt und wiederholt behandelt worden war und bei dem in der letzten Zeit nach Einführen von Instrumenten jeder Art heftige Reaction in Gestalt von Schüttelfrösten und Erbrechen aufgetreten war. Die Electrolyse wurde vorgenommen, die Reaction war dieselbe, wie sie bei dem Kranken nach Bougirungen aufzutreten pflegte, 39,4 Temperatur und Schüttelfrost. Nach wenigen Tagen wird der Patient entlassen und stirbt bald darauf plötzlich. Die Obduction ergab: Strictura urethrae electrolysi operata, Cystitis und Nephritis chronica, Degeneratio myocardii parenchymatosa, Oedema pulmonum.



Es läßt sich kaum bezweifeln, daß das degenerirte Herz des Kranken der der Operation folgenden Reaction nicht gewachsen war, doch ist es ebenso gut bekannt, daß die gleiche Reaction auch der gewöhnlichen Sondirung folgt.

In dem zweiten Falle, der bereits zur Electrolyse bestimmt war, unterblieb dieselbe nur darum, weil der Kranke wegen psychischer Störungen (Urämie?) auf die psychiatrische Abteilung transferirt werden mußte, wo nach wenigen Tagen der Tod eintrat. Die Obduction ergab hier hochgradige Nierenatrophie, Pyelonephritis, Cystitis.

Wäre hier die Electrolyse oder Sondirung durchgeführt worden, so hätte dieselbe leicht als Todesursache angesehen werden können.

Ich selbst hatte vor circa einem halben Jahre einen Todesfall nach Sondirung zu verzeichnen. Ein 70jähriger Mann war mit recenter Lues auf die Abteilung aufgenommen worden, welche ich damals in Abwesenheit meines Chefs zu leiten hatte. Nach Rückbildung der durch Sclerose und papulöse Efflorescenzen am Präputium bedingten Phimose wurde auch eine Urethrocystitis älteren Datums constatirt und die anamnestische Angabe erhoben, der Patient sei vor sieben Jah en auf der Abteilung Dittel's wegen Retentio urinae gelegen und nachträglich sondirt worden. Da die Blasenspülungen nach Janet nicht möglich waren, Nélaton und Mercier in der Urethra zurückgehalten wurden, ergab sich die Notwendigkeit der Untersuchung mit Sonden. Dabei ließ sich eine im hintersten Teil der Pars bulbosa beginnende, etwas über 1 cm lange Strictur constatiren, durch welche schließlich Metallsonde No. 16 unter strammem Engagement durchzubringen war. Nachmittags trat Fieber auf, die Temperaturen überschritten kaum 38,5, doch schien der Patient ungewöhnlich benommen; auch am nächsten Tage bestand das Fieber noch, um dann auszusetzen. Nach einem weiteren fieberfreien Intervall von zwei Tagen wurde abermals mit Sonde No. XVI die Sondirung vorgenommen, doch ließ sich dieselbe nicht in die Blase vorschieben, und der vom Rectum her palpirende Finger hatte das Gefühl, als ob die Sonde dem Rectum unheimlich nahe wäre. Das Instrument wurde entfernt, es kam kein Tropfen Blut. Reaction ähnlich wie nach der ersten Sondirung, doch fiel die Temperatur nicht mehr ab, der Kranke wurde somnolent, verfiel, Exitus nach wenigen Tagen. Die Obduction ergab Harnröhrenstrictur, vor derselben einen ungefähr 1 cm langen, nach hinten gelegenen alten falschen Weg, keine neue Verletzung, Cystitis, Myodegeneratio cordis und — eine frische Endocarditis, die vielleicht auf eine Infection mit Bacterium coli zurückzuführen war.

Es trifft also die Form der morbiden Reaction für jede Art der Dilatation der Urethra in gleicher Weise zu; es ließe sich nur wieder sagen, daß uns die Electrolyse die Möglichkeit gewährt, die Zahl der traumatischen Eingriffe erheblich herabzusetzen.

Noch soll hervorgehoben werden, daß es gewisse Formen von Stricturen giebt, bei welchen die Electrolyse mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft ist, wovon noch später die Rede sein soll, und daß diesbezüglich eine gewisse Congruenz zwischen dem electrolytischen und dem Sondirungsverfahren besteht.

Ich lasse jetzt vier Fälle, auf die zum Teil in dem bereits Er-

wähnten hingewiesen wurde, mit den sich ergebenden Bemerkungen folgen, weil sie des allgemeinen Interesses wert erscheinen:

Fall I. I. Kl., 45jähriger Handelsmann, aufgenommen 3. Mai 1897.

Patient war als Kind immer gesund; in seinem 18. Lebensjahre acquirirte er einen Tripper, an dem er seither immer noch laborirt. Vor 17 Jahren trat eine entzündliche Schwellung am Mittelfleisch auf, die später in den After durchgebrochen zu sein scheint, wenigstens erinnert er sich, eine Zeit lang Urin durch den After entleert zu haben; ob auch Eiter kam, weiß er nicht anzugeben. Seit 5 Jahren leidet er an Erscheinungen von Strictur, erschwertem Harnlassen, vermehrtem Harndrang; auch fiel der Strahl vom Orificium ziemlich senkrecht hinab.

Im October v. J. verspürte Patient plötzlich — ohne ihm bekannten Anlaß — beim Urinlassen einen heftigen Schmerz im obersten Teil der Harnröhre, der Strahl war wie abgeschnitten, und es kam Blut aus der Urethra. Seit diesem Ereignis nahmen die Harnbeschwerden bedeutend zu, der Drang war ein sehr häufiger, die entleerte Menge oft sehr gering, hier und da kam auch Blut. Dazu traten heftige Schüttelfröste in unregelmäßiger Weise, die das Allgemeinbefinden des Patienten allmählich stark herunterbrachten. Er magerte ab, litt an Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung: die insbesondere während der Höhe des Fiebers unerträglichen Harnbeschwerden, die ruhelosen Nächte veranlaßten ihn nun, da sein Arzt vergeblich zu katheterisiren versuchte, unsere Abteilung aufzusuchen.

Patient litt früher öfter an dem in seiner Heimat häufigen Wechselfieber; Chinin brachte immer Heilung. Auch hatte er ein Geschwür an der Glans vor etwa 20 Jahren: Folgeerscheinungen traten nicht auf.

Patient ist mittelgroß, abgemagert. Die Scleren und die allgemeine Decke leicht icterisch, der Ausdruck leidend. Die Lippen und die Zunge trocken, letztere weiß belegt. Die inneren Organe normal: nur die Milz zeigt leichte Vergrößerung, ziemlich derbe Consistenz. Aeußeres Genitale normal; an der Glans rechts eine bohnengroße Narbe. Aus dem Orif. urethrae dünn-eitriges Secret, das Gonokokken nicht enthält. Am Perineum in der Mitte eine apfelgroße, blasse, etwas empfindliche Vorwölbung. Prostata vergrößert, oberer Rand nicht zu erreichen; Oberfläche glatt; Consistenz derb. Das Urethralrohr in seiner ganzen Länge als derber Strang fühlbar. Es besteht relative Urinverhaltung: Patient kann nur wenig auf einmal uriniren, hat aber häufig Drang. Der Urin kommt in ziemlich dünnem, kraftlosen Strahl. Er ist dicht getrübt, hochgestellt und nimmt sehr bald ammoniakalischen Geruch an. Er enthält reichlich Schleim, etwas Eiweiß, Spuren von Blut. Das

Sediment besteht aus zahlreichen Eiterkörperchen, Blasenepithelien und Krystallen, vereinzelten Erythrocyten. Am 3. und 4. Mai traten heftige halbstündige Schüttelfröste mit folgendem Hitzegefühl (Temp. 39,5) auf; während des Fiebers schmerzhaftester Harndrang, der sich in kaum viertelstündigen Intervallen wiederholt, tropfenweises Entleeren, juckender Schmerz in der Glans. Am 5. Mai wurde wegen absoluten Unvermögens, den Harn zu entleeren, Katheterisirung vorgenommen, wobei es nach langen vergeblichen Versuchen schließlich gelang, einen englischen Katheter (Charr. No. 5) einzuführen. Dabei konnte constatirt werden, daß die Strictur 15 cm vom Orificium urethrae begann und sich bis unmittelbar vor die Prostata fortsetzte. Der Katheter blieb durch 24 Stunden liegen, und es wurde wegen des septischen Fiebers, obwohl an der perinealen Schwellung keine Fluctuation nachzuweisen war, dieselbe durch einen 2 cm langen Längsschnitt gespalten, der Schnitt mittelst zwei Schenkeln dann Y-förmig gegen den Penis zu verlängert. Doch entleerte sich kein Eiter, nur etwas dünner, fleischähnlicher Saft und Blut, und der tastende Finger gewann blos den Eindruck starrer Infiltration. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Seit der Operation blieb der Patient fieberfrei. Doch trat am 7. Mai neuerlich hochgradigste Urinretention auf, und gelang es nach langen Versuchen endlich, einen dünnen Metallkatheter No. 7 durch die Urethra in die Blase einzuführen, wonach sich blutiger dunkler Harn entleerte. Bei den Versuchen, den Katheter einzuführen, hatte es sich gezeigt, daß eine Urethralfistel gegen die Wunde zu bestand, welch' letztere innerhalb der zwei Tage in gangränösen Zustand übergegangen war. Dies bestätigte sich deutlich nach Einspritzung von Jodoformemulsion in die Urethra, wonach etwas von dieser Lösung auch durch die Perinealwunde hervorkam. Am folgenden Tage wurde — der Urin kam nun tropfenweise aus der Wunde sowie der Urethralöffnung — durch die Fistel ein dünner englischer Katheter No. 5 mit Mühe in die Blase eingeführt, statt desselben zwei Tage darauf eine dünne Leitbougie; an dieser wurde dann die gerade kurze Stricturenelectrode unter geringer Kraftanwendung bei einer Stromstärke von Maximum 2 M.-A. vorgeschoben und so binnen wenigen Secunden ohne nennenswerte Schmerzäußerung des Kranken die Strictur hinter der Fistel erweitert. Es gelang nun leicht, einen weiblichen Katheter Charr. No. 16 nachzuführen, der liegen gelassen wurde. Dabei fühlte man in der Blase einen reibenden Widerstand, was das Vorhandensein von Blasensteinen vermuten ließ. Der Teil der Urethra vor der Strictur war, da sich der weiter vorn gelegene Anteil der Strictur gangränös abgestoßen hatte, für Sonde Charrière No. 20 durchgängig. Die Wunde am Peri-

neum begann sich jetzt zu reinigen; kleinste gangränöse Fetzchen wurden abgetragen.

Als man dann am 12. Mai die Wunde reinigte und versorgte und einen weichen Katheter durch die ganze Länge der Urethra in die Blase führen wollte, zeigten sich in der Tiefe der Wunde zwei erbsengroße, gelbliche, harte Concremente, die herausgenommen wurden; ein größerer Stein schien aber den Zugang zur Blase zu verlegen, weshalb Patient zur Entfernung desselben auf die Abteilung des Prof. v. Mosetig transferirt werden mußte.

Der Stein wurde dort nach Erweiterung der Perinealwunde mittelst Kornzange hervorgeholt, die Fistel schloß sich gänzlich, und der Kranke verließ die Anstalt geheilt. Durchgängigkeit der Urethra bei der Entlassung bestand für Charrière No. 20.

Die Fragen, die sich aus der Darstellung des Falles ergeben, wären: Wodurch wurde die Urininfiltration hervorgerufen, und zweitens, wäre es nicht möglich gewesen, die Diagnose auf Stein mindestens vermutungsweise schon zu einer Zeit auszusprechen, wo wir noch nicht die Bestätigung in Form zweier Concremente in der Wunde fanden? Die Urininfiltration läßt sich ziemlich ungezwungen aus der Annahme erklären, es habe ein kleines Concrement, vielleicht eines jener, die wir später in der Wunde fanden, eine Läsion der Urethralschleimhaut erzeugt, und damit wären bei Vorhandensein der Strictur und der hochgradigen Cystitis alle Bedingungen zu dieser Krankheitserscheinung gegeben. Aber auch die Vermutungsdiagnose Stein hätte sich früher stellen lassen, als es de facto geschah. Erstens findet sich in der Anamnese ein Passus, der für Steinkranke typisch genannt werden kann. Bei relativem Wohlbefinden (trotz der vorhandenen Strictur) versagt der Strahl plötzlich mitten im Uriniren und Blut tritt aus der Urethra. Wie kann diese Erscheinung anders gedeutet werden, als daß ein Concrement vor die Harnröhre gelangt?

Noch ein zweites Symptom konnte, wie ich glaube, Stein vermuten lassen, und zwar die bis zur Unerträglichkeit gesteigerten, in die Glans ausstrahlenden Schmerzen des Kranken während der Miction, ähnliche Schmerzen finden sich wohl auch bei der Strictur, doch kaum je in solcher Heftigkeit; der Kranke rutschte während des Actes im Bett hin und her und zog an dem (circumcidirten) Präputium, daß es innerhalb zweier Tage unförmlich anschwoll.

Ueber das Alter der Strictur lassen sich hier ziemlich bestimmte Angaben machen, man kann sie wohl getrost auf den vor 17 Jahren bestandenen periurethralen Abscеß zurückführen. (Schluss folgt.)

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Prof. Guyon (Paris): **La physiologie et la pratique de la chirurgie urinaire.** (Annales des maladies des organes génito-urinaires, December 1898.)

Vorliegende Arbeit ist die Wiedergabe eines Vortrages bei der Eröffnung der Klinik für Krankheiten der Harnwege im Hôpital Necker. An der Hand einzelner aus dem großen Gebiet der urologischen Chirurgie herausgegriffenen Punkte führt Verf. den Beweis, daß die Kenntnis der normalen und pathologischen Physiologie für die chirurgische Behandlung der Krankheiten der Harnwege unerläßlich ist und als Grundlage für jede Intervention, selbst für die geringste Manipulation, gelten muß. Nicht nur, daß die genaue Kenntnis der Physiologie in jedem einzelnen Falle darüber Aufschluß giebt, welche Eingriffe angezeigt sind, lehrt dieselbe auch, in welcher Weise der indicirte Eingriff ausgeführt werden soll, um dem Patienten überflüssige Schmerzen zu ersparen und die Chancen der Operation zu heben. M. L.

Dr. Goldberg (Wildungen-Köln): **Beitrag zur Behandlung der Urogenitaltuberculose.** (Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 5.)

Verf. thut an einer Reihe von Beispielen dar, daß bei allen Localisationen und in allen Stadien der Urogenitaltuberculose die interne Behandlung

durchaus notwendig ist. Für bemittelte Patienten ist ein Aufenthalt an Orten ratsam, welche ein möglich constantes und möglichst warmes Klima haben. Die Ansicht, daß Dysurie durch Bettruhe gebessert wird, ist irrig; wenn der Allgemeinzustand es nur eben erlaubt, müssen die Patienten den ganzen Tag im Freien zubringen. Die Diät muß auf das bestehende Leiden nur insofern Rücksicht nehmen, als einerseits Reizung der Harnorgane durch scharfe Gewürze und scharfe Alcoholica, andererseits Ueberanstrengung der Nieren und der Blase durch ungeregelte übermäßige Flüssigkeitszufuhr vermieden werden muß. Bei der großen Mehrzahl der Patienten wird die klimatisch-diätetische Behandlung die medicamentöse Behandlung der Tuberculose niemals überflüssig machen. Von den Medicamenten verwendete Verf. zunächst Creosot und Guajacol, dann Ichthyol, das sich am besten bewährt hat. Die Heilwirkung des Ichthyols wurde bewiesen durch 1. die Constanz, 2. die Progression bezw. Continuität, 3. die Allseitigkeit, d. h. die Besserung aller Erscheinungen. Von 13 mit Ichthyol behandelten Fällen blieb nur ein einziger von demselben unbeeinflußt; in diesem Falle war aber das Ichthyol in Clysmen vom Patienten selbst angewandt worden und möglicher Weise gar nicht zur Aufsaugung gekommen. Die Besserung erstreckte sich einerseits auf den Allgemeinzustand, andererseits auf die örtlichen Erscheinungen, woraus also hervorgeht, daß das Ichthyol bei Urogenitaltuberculose keineswegs die Rolle eines einfachen Tonicums spielt. Die Besserung des Allgemeinzustands äußerte sich im Verschwinden der Nachtschweiße, in Steigerung des Appetits und in Zunahme des Körpergewichts. Die Besserung der localen Erscheinungen äußerte sich im Versiegen der Blutungen, Abnahme der Eiterung und Linderung des Harndranges. Endlich wurden die Schmerzen im Allgemeinen günstig beeinflußt. Verfasser verordnet das Ichthyol in folgender Form:

Rp. Ichthyol. sulfoammoniac.
Aq. destill. āā 20,0.

Dreimal täglich nach dem Essen in viel Wasser 10—70 Tropfen

Der Patient soll, je nachdem sein Magen es verträgt, die Dosis steigern und das Mittel durch Jahre gebrauchen, da Nebenwirkungen ausgeschlossen sind.

Lohnstein.

Dr. Neugebauer (Warschau): **Ein in der Casuistik des Pseudohermaphroditismus einzig dastehender Fall: „Aut penis rudimentarii aut clitoridis hypertrophicae implantatio perinaealis infra vulvam."** (Centralblatt f. Gynäkologie 1899, No. 5.)

Es handelte sich um ein 27jähriges Mädchen, das vor sieben Tagen eines normal gebauten männlichen Kindes genesen war und nach wenigen Tagen schon Stellung als Amme suchte. Bei der äußeren Besichtigung weist das Mädchen keinerlei auffallende Anomalie auf, man erstaunt aber sofort, wenn man die Schamteile entblößt. Unterhalb des normalen Mons veneris liegt eine normale Vulva mit normalen großen und kleinen Scham-

lippen und normaler Clitoris. Die Vulva trägt noch die sichtbaren Spuren der vor wenigen Tagen stattgehabten Entbindung an sich. Etwa 1 cm unterhalb des Frenulum labiorum findet sich ein scheinbar männliches Glied von 45—52 mm Länge inserirt, und zwar in der Mittellinie des Dammes. Dasselbe irrigirt sich bei wiederholter Betastung, schwillt an und erreicht alsdann eine Länge von beinahe 50 mm. Das vorher schlaff herabhängende Organ wird steif, richtet sich auf und vollzieht ruckweise, stoßweise Bewegungen in sagittaler Richtung. Es trägt den Anschein eines Penis mit deutlich abgegrenzter Glans, welche teilweise von Präputium bedeckt wird. An den seitlichen Partien läßt sich das Präputium bis an die Corona glandis zurückstreifen. Die das Membrum bedeckende Haut ist stark runzelig gefaltet, wie am normalen Penis eines älteren Individuums in nicht erigirtem Zustand des Gliedes. Sowie die Erection erfolgt, verschwindet ein Teil der Falten. Das Glied ist mit seiner Längsachse nach oben gerichtet, seine Spitze etwas hakenförmig nach unten gebogen, wie die Spitze eines Penis hypospadiacus. An der Stelle der Glans, wo man die Harnröhrenöffnung vermuten sollte, findet sich eine kleine Delle. Betastet man das Glied seiner ganzen Länge nach, so glaubt man, deutlich zwei Corpora cavernosa zu fühlen, deren rechtes sich bis an den rechtsseitigen Schambogenschenkel verfolgen läßt, linkerseits gelang eine solche Abtastung nicht. Das Glied hatte sub erectione beinahe die Dicke eines kleinen Fingers. Sowie man einige Zeit an dem Glied herummanipulirt, verrät die Patientin eine libidinöse Erregung, welche sie auch zugesteht. Per rectum konnte man keinerlei abnorme Gebilde tasten, die großen Schamlippen waren leer. An dem Glied ist keine Spur von Hypospadie zu sehen. Dem äußeren Anschein nach müßte man dasselbe eher für einen rudimentären Penis imperforatus halten als für eine hypertrophische Clitoris. Lubowski.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Privatdocent Clemens (Freiburg i. B.): **Klinische Diazoreaction.** (Wiener medicinische Blätter 1899, No. 6.)

Der Diazoreaction wird von verschiedener Seite hohe diagnostische Bedeutung nachgerühmt, die von manchen Autoren allerdings in Abrede gestellt wird. Verf. gehört zu denjenigen, die der Diazoreaction, namentlich der Ehrlich'schen, hohen Wert beimessen, wenn es ihm auch nicht gelungen ist, den durch die Reaction nachgewiesenen Körper chemisch rein darzustellen, oder wenigstens über die Herkunft des die Reaction bedingenden Stoffes positiven Aufschluß zu erlangen. Verf. betont aber ausdrücklich, daß zur Erzielung verläßlicher Resultate viele Reactionen zu verschiedenen Zeiten und bei verschiedenen Concentrationen des Harns gemacht werden müssen,

event. unter Anwendung der von Jez empfohlenen Concentrirung des Harns durch Abdampfen.

Am constantesten zeigt sich die Diazoreaction beim Typhus in der Höhe des Fiebers. Schwere Typhen geben sie wohl in 100 pCt. der Fälle, wenigstens zeitweise. Unter den acuten Exanthemen zeigen sie: 1. Scharlach in einem gewissen Procentsatz, 2. Masern in der Mehrzahl der Fälle. Bei Fällen von Croup hat Verf. mehrfach die Diagnose Maserncroup aus der positiven Diazoreaction gestellt; Diphtherie giebt nie Diazoreaction. In dubio spricht auch eine positive Diazoreaction gegen ein Arzneiexanthem, abgesehen von den oben erwähnten Medicamenten. Jede schwere Tuberculose kann Diazoreaction zeigen. Sie tritt nur bei acuteren und ausgedehnteren Entzündungsprocessen auf, verschlechtert also die Prognose. Bei Miliartuberculose ist sie fast constant. Eine Pleuritis, Pericarditis oder Peritonitis mit positiver Diazoreaction ist stets maligner Natur, in den meisten Fällen tuberculös, jedoch auch nicht selten durch Tumor bedingt. Bei Meningitis spricht positive Reaction für den tuberculösen Character derselben. Auch ausgedehnte Actinomycose giebt Diazoreaction, häufig auch Sepsis, Pneumonie in manchen Fällen, selbst Influenza zeigte sie einige Male. Leukämie und perniciöse Anämie gaben sie häufig, Herzfehler im Stadium der Incompensation, Thrombosen, hämorrhagische Infarcte, Gangrän, Marasmus senilis, Tumoren, speciell Sarcome, gelegentlich. Lubowski.

Ausset: **Polyurie nerveuse chez un enfant.** (Le progrès médical 1899, No. 6.)

4jähriges Kind, welches nach einer Infection an Polyurie und Polydipsie leidet; es trinkt 10 l Flüssigkeit in 24 Stunden und urinirt 9 l. Der Urin ist nicht verändert, sondern nur verdünnt. Verf. hält Hysterie für die Ursache der Erkrankung. Immerwahr (Berlin).

Dr. Burghart: **Bemerkungen über einen Fall von Diabetes mellitus.** (Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 8.)

Es handelt sich um einen 63jährigen Kranken, der in seinem 30. Lebensjahre Heißhunger, Durst und Polyurie bemerkt hatte. Er giebt mit positiver Sicherheit an, daß ihm damals ärztlicherseits gesagt wurde, er hätte Zuckerharnruhr und daß ihm stringente Diät verordnet worden sei. Der Diabetes verschwand nicht, bestand vielmehr dauernd mit nachgewiesener Glykosurie. Der Patient wurde immer schwächer und magerte ab. Seit einem Jahre war er so matt, daß er immer im Bett liegen mußte. Der Appetit, der bis vor einiger Zeit immer an Heißhunger gegrenzt hatte, war zuletzt sehr vermindert; Durst und Polyurie aber blieben dauernd bestehen. Stuhl seit einigen Jahren unregelmäßig. Schlaf gut. Bei der Aufnahme klagte der Patient über Hautjucken, war außerordentlich dement und befand sich im Zustande äußerster Mattigkeit. Stärkster Foetor acetonicus. Im hellgelben Harn 6 pCt. Zucker, Acetessigsäure und Aceton. Am Tage nach der Aufnahme trat ein soporöser Zustand ein, zu dem sich typisches „großes Atmen“

mit 30 Atemzügen in der Minute gesellte. Am Abend machte B. eine intravenöse Infusion von 700 ccm 4proc. Sodalösung. Die Infusion ging in Folge starken Venencollapses nur langsam vor sich, obwohl sie auf den Ellbogen und die Handgelenkgegend verteilt wurde. Schließlich blieb noch ein kleiner Rest von etwa 10 ccm übrig, der je zur Hälfte subcutan an der Außenfläche des rechten Vorderarmes und des rechten Oberschenkels injicirt wurde. Die Resorption der subcutan injicirten Flüssigkeit ging sehr schnell vor sich; die Hautbeule war nach einigen Minuten verschwunden. Während der Operation änderte sich der Zustand nicht, doch war der Kranke einige Stunden später bei ziemlich klarem Bewußtsein, aber fortgesetzt „großem Atmen". Am nächsten Morgen bestand wieder tiefer Sopor. An beiden Stellen, an welchen die subcutane Injection des geringen Restes der Infusionsflüssigkeit gemacht war, fand sich an diesem Morgen, d. h. 12 Stunden nach der Injection, handtellergroße, brandige Verfärbung der Haut, Ablösung der Epidermis, teilweise Vertrocknung der Cutis, während die Wunden an den Stellen der intravenösen Infusion reactionslos geblieben waren. Am nächsten Tage starb Patient im tiefsten Coma. Bezüglich der Necrose bemerkt B., daß dieselbe nicht als die Folge der subcutanen Einspritzung an sich angesehen werden kann, denn eine am nächsten Tage vorgenommene Injection von 20 ccm physiologischer Kochsalzlösung unter die Haut eines Oberschenkels erzeugte keine Hautveränderungen; sie wurde erzeugt durch die ätzenden Eigenschaften der 4proc. Sodalösung in Verbindung mit dem Druck, den die Flüssigkeitsbeule vom Unterhautgewebe her auf die Haut ausübte: beide Componenten müssen zusammengewirkt haben, da die Haut der genähten Wunden reactionslos blieb, andererseits auch die Kochsalzinjection, bei der eine noch größere Flüssigkeitsbeule erzeugt wurde, keine Hautveränderung hervorrief. Beide Ursachen können nur ganz kurze Zeit gewirkt haben, da die Resorption sehr schnell vor sich ging. In der Litteratur fand B. keine Angabe über den erlaubten Gehalt an Soda in einer zur Injection bestimmten Lösung, sondern lediglich die Bemerkung, daß hochprocentige Lösungen eitererregend wirkten. B. machte daher eine subcutane Infusion an sich selbst und fand, daß die 4proc. Sodasolution zwar eine kurze Zeit ziemlich lebhaften brennenden Schmerz und mäßige Empfindlichkeit der Haut gegen Berührung hervorrief, aber keine weiteren Erscheinungen zur Folge hatte. Wenn also bei dem Kranken die Injection rapide Necrose der Haut erzeugte, so beweist das eine enorme Abschwächung der Widerstandskraft der Gewebe bei im vorgeschrittenen Grade Diabetischen.

Lohnstein.

Dr. Raulin (Bordeaux): **Diabete maigre chez un adolescent.** (Annales de médecine et chirurgie infantiles 1899, No. 3.)

Es handelt sich um einen äußerst rapid verlaufenen Fall bei einem 17jährigen Knaben mit letalem Ausgang innerhalb 14 Monaten seit dem ersten Ausbruch der Krankheit. Das Bemerkenswerteste an diesem Falle ist, daß das tägliche mit dem Harn zur Ausscheidung gelangte Zuckerquantum

während der letzten 12 Krankheitsmonate um die Hälfte geringer war, als während der ersten Monate der Erkrankung, im Gegensatz zu den übrigen Krankheitserscheinungen, welche sich immer mehr und mehr verschlimmerten. Verf. glaubt, in vorliegendem Falle den tötlichen Ausgang event. auf bulbäre Intoxication zurückführen zu können. Lubowski.

Dr. Hans Herz: **Diabetes mellitus und Verdauungsapparat.** (Ein Capitel aus dem Werk des Verf.'s: Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. S. Karger, Berlin 1898.)

Das bezeichnete Capitel zerfällt in zwei Abschnitte, von denen der eine die Rolle des Verdauungsapparates in der Aetiologie des Diabetes, der andere die Symptome seitens des Verdauungsapparates beim Diabetes erörtert. Auf den ersten Abschnitt, in dem uns Verf. in das Gewirr der verschiedenen Theorien der Pathogenese des Diabetes führt, wollen wir nicht weiter eingehen, um so mehr aber auf den in practischer Beziehung wichtigen zweiten Abschnitt.

In der Mundhöhle macht sich bei vielen Diabetikern eine starke Trockenheit, die Folge der Polyurie, unangenehm bemerkbar: der Speichel und überhaupt das Mundhöhlensecret sind sehr spärlich vorhanden. Es giebt aber auch Fälle genug, wo ausreichende Speichelsecretion, selbst Speichelfluß besteht. Zucker scheint in dem Secret nicht vorhanden zu sein. Mundhöhle und Rachen, besonders die Zunge, gewinnen in Folge der mangelnden Secretion nicht selten ein eigentümliches rotes, rohem Fleische ähnliches Aussehen. Die Austrocknung kann so weit gehen, daß die Beweglichkeit der Teile leidet und die Sprache schwerfällig, eigentümlich verändert wird. Die Zungenlähmung, die scheinbar isolirt, zuweilen schnell vorübergehend, beim Diabetes zur Beobachtung kommt, ist bei einiger Aufmerksamkeit leicht von diesem Zustand zu unterscheiden, ebenso die entsprechenden Schlucklähmungen. Bei vorhandenen Dyspepsien ist die Zunge meist stark belegt. Die Sensibilität der Mundhöhle ist oft gestört, besonders sind lästige Parästhesien häufig, sei es in Folge Reizung der Nerven durch die veränderte Blutmischung, sei es in Folge der Trockenheit. Dagegen ist ein unangenehmer süßer Geschmack im Munde wohl Folge der Hyperglykämie. Geschmacksstörungen sind häufig, selbst völlige Ageusie kommt vor. Viel quälender aber sind hartnäckige Quintusneuralgien im Bereich der Mundäste. Entzündungen der Mund- und Rachenschleimhaut, Leucoplacia oris, in schlimmeren Fällen selbst gangränöse Processe sind zuweilen beobachtet. Pilzentwicklungen (Soorpilz, Leptothrix) hat Verf. nur bei schwer darniederliegenden Kranken sich entwickeln sehen. Zahnaffectionen begleiten ungemein häufig den Diabetes, manchmal sind sie das erste beachtenswerte oder beachtete Symptom. Besonders oft ist es die Pyorrhoea alveolaris, die häufig auf den Diabetes hinweist. Aber auch ohne Eiteransammlung in der Alveole entzündete sich nicht selten das schlaffe Zahnfleisch, die Zähne

werden cariös und fallen aus. Noch merkwürdiger ist das schmerzlose, scheinbar spontane Ausfallen ganz gesunder Zähne.

Das Verhalten des Magens ist ganz verschieden. Bei den meisten (besonders leichten und mittelschweren) ist seine Gesamtfunction vorzüglich. Bei manchen Diabetesfällen gehen dyspeptische Symptome aller Art seitens des Magens und Darms dem Auftreten der Krankheit voran und begleiten ihre ersten Stadien, so daß man sie als ätiologisch wichtig bezeichnet hat. Zuweilen gelangt der Diabetes unter dem Bilde eines acuten Magencatarrhs zum Ausbruch, und die Forderung Teschemacher's, daß man den Urin sorgfältig und oft auf Zucker untersuchen soll, wenn ein Individuum wiederholt an acutem, ohne besondere Gründe wiederkehrendem Magencatarrh erkrankt, ist sehr beherzigenswert. Solche Dyspepsien können aber auch noch im späteren Verlauf des Diabetes auftreten und sich äußerst hartnäckig erweisen; besonders bösartig sind Fälle mit öfterem Erbrechen. Nicht selten leitet sich mit solchen Dyspepsien das tötliche Coma ein. Bei schweren Diabetesfällen hat Grube gastrische Krisen, ganz denen der Tabes gleichend, beobachtet; weniger typische Fälle derart hat Verf. auch gesehen. Zu den auffallendsten, oft schon sehr früh sich geltend machenden Symptomen gehört das vermehrte Verlangen nach Speise und Trank. Bei Weitem nicht alle Diabetiker zeigen dieses gesteigerte Nahrungsbedürfnis. Bei manchen ist es normal, bei den oben erwähnten Dyspepsien gewöhnlich vermindert. In ganz schweren Diabetesformen tritt unüberwindliche Anorexie auf, als Ausdruck der Unfähigkeit der Parenchyme, zu assimiliren. In solchen Fällen ist die Prognose ganz schlecht zu stellen. In vielen Fällen aber ist das vermehrte Hungergefühl, bald plötzlich einsetzend, bald langsam sich entwickelnd, ein klassisches Symptom, das besonders beim „Mageren" in auffallendem Contrast zum ganzen Habitus steht. Der Körper, der so viel unproductiv von sich giebt, sucht diesen Ausfall durch vermehrte Zufuhr zu decken. Die Annahme mancher Autoren, daß dies vermehrte Hungergefühl als Folge der erhöhten Erregbarkeit gewisser nervöser Apparate, ohne Bezug auf den Bedarf des Organismus, eintrete, hält Verf. für unrichtig; vielleicht gehören aber Anfälle von Heißhunger (mit Kopfschmerz, Schwächefühl etc.) in diese Kategorie. Aehnlich steht es mit dem Durstgefühl. Die Zahl der Fälle, in welchen wenig getrunken und urinirt wird (Diabetes decipiens), ist hier recht klein gegenüber denen mit ausgesprochener Polydipsie. Im Allgemeinen dürfte sie einem Mehrbedarf des Organismus an Wasser entsprechen, das besonders zur Urinbereitung, vielleicht aber auch zur Erleichterung des unter erschwerten Umständen vor sich gehenden Stoffumsatzes im Organismus gebraucht wird.

Auch die Darmverdauung ist in vielen Fällen ganz ungestört, in anderen wird nur über leichte Beschwerden (Flatulenz, Kollern, etwas Colik) geklagt. Oft ist der Stuhl in Folge der Austrocknung sehr hart und seine Entleerung daher mühsam, doch dürfte erhebliche Verstopfung nicht häufig sein. Nur in einem kleineren Teil der Fälle sind Durchfälle vorhanden, die aber dann sehr quälend werden können. Sie beruhen zuweilen auf Darm-

catarrhen, wie sie besonders nach Diätfehlern, aber auch scheinbar spontan, leicht eintreten, und sind dann noch relativ gutartig. Viel schlimmer sind de anfallsweisen, meist wässerigen Diarrhoen, die mit oder ohne anfallsweise Magensymptome eintreten und die Kranken oft in Stunden sehr herunterbringen können; sie machen durchaus den Eindruck von nervösen Darmkrisen. Eine dritte Form der Diarrhoe stellen die scheußlich stinkenden Fettstühle dar, welche auf die schwere Schädigung des Pancreas, vielleicht auch der Gallensecretion hinweisen. Rosenbach hat bei Diabetikern parenchymatöse Darm- und auch Magenblutungen beschrieben. Verf. hat mehrfach recidivirende kleine Darmblutungen gesehen, für welche in den bei Diabetikern nicht seltenen Hämorrhoiden der Grund nicht liegen konnte, da das Blut seiner Beschaffenheit nach aus höheren Darmabschnitten stammte. Erscheinungen seitens der Leber: Leichte Vergrößerung (wohl durch Blut- und Fettvermehrung), sowie geringe Druckempfindlichkeit sind nur in der Minderzahl der Fälle vorhanden. Auch kommt gelegentlich Lebercirrhose vor; interessant ist, daß beim Fortschreiten des Processes in der Leber der Diabetes zurückgehen kann. Von anderen Complicationen ist noch Amyloid der Leber zu erwähnen. Auch Gallensteine finden sich anatomisch öfter beim Diabetes, man sieht aber intra vitam relativ selten schwere Gallensteinanfälle.

An der Milz, den mesenterialen Lymphdrüsen, dem Peritoneum und am Pancreas sind Störungen intra vitam auffallend selten nachweisbar.

Schließlich spricht Verf. über den Zusammenhang des Coma diabeticum mit gastrointestinalen Störungen. Thatsache ist, daß es sich zuweilen an einen Diätfehler anschließt, daß Uebelkeit, Aufstoßen, Erbrechen, seltener hartnäckige Verstopfung, Leibschmerzen, Meteorismus das schwere Krankheitsbild einleiten und begleiten können. Aber schon die Thatsache, daß sämtliche Symptome seitens des Verdauungsapparats auch fehlen können, sollte gegen eine Vergiftung mit Zersetzungsmassen vom Darmcanal her skeptisch stimmen, wie sie von manchen Autoren angenommen wird. Auch haben sich die guten Erfolge, welche Schmitz mit großen Dosen Ricinusöl bei diesem Zustande gesehen hat, von Anderen nicht erzielen lassen. Es scheint aber, daß, wenn die noch nicht genügend bekannten Stoffwechselstörungen, welche das Coma bedingen, eine gewisse Höhe erreicht haben, irgend ein äußerer Auslösungsvorgang zu seinem Eintritt genügt: eine psychische Erregung, eine Bronchitis, eine Angina und entsprechend auch ein Magencatarrh, eine hartnäckige Obstipation. Insofern verdient das Verhalten des Verdauungsapparates prophylactische und therapeutische Berücksichtigung. Lohnstein.

Rénon et Follet: **Xanthelasma chez un diabétique non glycosurique.** (Le progrès médical 1899, No. 4.)

65jähriger Prtient, bei welchem die Glycosurie seit 15 Monaten verschwunden war. Ein flaches Xanthelasma erschien dann auf dem rechten Bein und gelbbraune Streifen in der Palma manus und auf der Planta pedis.

Dieser Fall beweist, daß zwischen dem Vorhandensein von Zucker im Urin und dem Xanthelasma ein directer Zusammenhang von Ursache und Wirkung nicht besteht. Immerwahr (Berlin).

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Lelenceff: **Pathologie der Gonorrhoe.** (Wratsch. Referirt in Wiener med. Blätter 1899, No. 6.)

L. fand, daß die Gonokokken eine sehr destruirende Wirkung auf das Zellprotoplasma ausüben, indem sie dasselbe degeneriren und verflüssigen und nur einen sich schwach färbenden, vacuolenreichen Kern zurücklassen. Da man die gleichen Veränderungen in Zellen mit Gonokokken und in Zellen ohne solche gefunden, so muß diese destructive Wirkung durch die vom Gonococcus producirten Gifte verursacht werden. Die Gonokokken dringen hauptsächlich in Epithelzellen und Leukocyten ein. Das Vorkommen von Gonokokken in den weißen Blutkörperchen kann theilweise durch Phagocytose erklärt werden; aber die Phagocytose ist nicht die einzige Erklärung für dieses Vorkommen, da die Gonokokken sich im Leukocytenprotoplasma vermehren können und dieses auch zerstören. Früher glaubte man, daß die Gonokokken nur in das geschichtete Epithel eindringen und nie tiefer kommen, als in die Submucosa. Nun hat man aber sichergestellt, daß sie auch in andere Epithelien und auch in das Bindegewebe und oft zwischen die Muskelbündel eindringen. Die Gonokokken werden in der Urethra beider Geschlechter gefunden, ebenso in der Vagina und im Cervicalsecret, im Uteruskörper, im Eiter der Pyosalpinx, in der Blase und in den Nieren, in der Mund- und Nasenhöhle, im Ohr, in den Gelenken, in den endocardialen Vegetationen und im Blut. Die Gonorrhoe ist eine allgemeine Infectionskrankheit und verursacht bestimmte Symptome: Temperaturerhöhung und Anwachsen der Leukocytenzahl im Blut während des acuten Stadiums und einen Abfall der Zahl der roten Blutkörperchen während des chronischen Stadiums. Es ist auch ein Fall mit Körpergewichtsverlust beobachtet. Außer den allgemeinen Symptomen kann jedes Organ in Mitleidenschaft gezogen werden. Es tritt Schwellung der Lymphdrüsen, hauptsächlich in der Gelenkgegend auf, und in vielen Fällen ist die Milz vergrößert. Wenn die Gonokokken in das Blut eindringen, so können sie organische Herzerkrankungen verursachen, wie Pericarditis, Myocarditis und Endocarditis, oder functionelle Störungen, wie Tachycardie, Palpitationen und Angina pectoris. Entzündung der Aorta, der Venen, Infarcte in der Milz, Peliosis rheumatica und Epistaxis sind ebenfalls häufig beobachtete Störungen. Manchmal ist das Respirationssystem in Mitleidenschaft gezogen, und wir finden dann Pleurodynie, oder oft Pleuritis mit einem Gonokokken ent-

haltenden Exsudat. Im Verdauungstract begegnen wir Stomatitis, Appetitverlust, allen Arten von gastrointestinalen Störungen von Gelbsucht und Fieber begleitet und manchmal an Typhus erinnernd. Albuminurie, gonorrhoische Pyelitis und gonorrhoische Nephritis werden angetroffen, aber deren Pathologie ist nicht genügend festgestellt. Das Nervensystem leidet schon früh, und man hat folgende Affectionen beobachtet. 1. Veränderungen in den sensorischen Nerven, welche Anästhesie, Hyperästhesie, Parästhesie und Schmerzen in den Nerven der Haut, den Gelenken, den Muskeln und inneren Organen hervorrufen. 2. Veränderungen in den vasomotorischen Nerven, welche Hyperämie, Anämie, Gefäßparalyse und Demographismus erzeugen. 3. Veränderungen in den secretorischen Nerven, welche vermehrtes oder vermindertes Schwitzen, locales Schwitzen. Vermehrung des Schleimausflusses aus der Urethra etc. bewirken. 4. Veränderungen in den trophischen Nerven, welche gewisse Formen von Hautkrankheiten, Testikelatrophie und Muskelatrophie verursachen. 5. Veränderungen in den motorischen Nerven mit Paresen, Paralysen und Krämpfen. 6. Veränderungen in den Haut- und Sehnenreflexen. Gonorrhoische Affectionen des Centralnervensystems verursachen eine Menge von Symptomen, wie asthenische Necropsychosen, Neurasthenie, hemiplegische Erscheinungen etc. Schließlich ist die Haut der Gonorrhoischen oft an Erythema multiforme, Dermatitis, hämorrhagischer Purpura, Urticaria, hornigen Auswüchsen, localer Ichthyosis, Keratose der Fußsohlen, Alopecia areata und Chloasma erkrankt.

Immerwahr (Berlin).

Pini: **Di un nuovo sale d'argento nella cura della blenorragia.** (Boll. di chim. e farm., ott. 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, 2.)

Silberol besteht aus Paraphenolsulfonsäure und Silber. Es bildet sehr feine prismatische Nadeln, ist weiß und geruchlos und hat einen metallischen Geschmack. Bei Tageslicht verändert es sich ein wenig und muß deshalb in farbigen Gläsern aufbewahrt werden. Es ist in drei Teilen Wasser und 80 Teilen Alkohol löslich und enthält 38,29 pCt. metallisches Silber. Es besitzt eine energische antiseptische Kraft.

P. verwandte Injectionen und Irrigationen von 0,25 bis 0,5‰ Lösungen. Von acht Fällen acuter Gonorrhoea anterior heilten drei durch Irrigationen in durchschnittlich 11 Tagen, einer durch Irrigationen und Injectionen in 24 Tagen, drei durch Injectionen in 12 Tagen, ein Fall von Gonorrhoea anterior subacuta in 12 Tagen. Von fünf Fällen von Gonorrhoea totalis subacuta seu chronica heilten zwei mit Irrigationen und Instillationen behandelte in durchschnittlich 9 Tagen, drei nur mit Instillationen behandelte in durchschnittlich 11 Tagen. Die Heilung wurde vom ersten Tage des Verschwindens der Gonokokken an gerechnet.

Dreyer (Köln).

Dr. Leopold Hahn (Berlin): **Ueber den Wert des Oleum Salosantali (Salosantal) für die interne Behandlung der Harnkrankheiten.** (Dermatologische Zeitschrift 1899, Band VI, Heft 1.)

In vielen Fällen von internen Harnkrankheiten fällt der Therapie die doppelte Aufgabe zu, einmal auf die Harnabsonderungen eine desinficirende Kraft einwirken zu lassen, sodann die entzündlichen Vorgänge der Schleimhäute in geeigneter Weise einer therapeutischen Beeinflussung zu unterwerfen. Es gilt dies bei der Gonorrhoe besonders für diejenigen Fälle, in denen der Proceß centripetal fortgeschritten ist und zu den objectiven Symptomen des Catarrhs noch subjective Reizerscheinungen hinzugetreten sind, um neben der Bekämpfung der durch die Gonokokken bewirkten Infection des Harns die therapeutische Inangriffnahme der entzündeten Schleimhaut als der ärztlichen Fürsorge in besonderem Maße wert erscheinen zu lassen. Angesichts dieser beiden Indicationen liegt es nahe, aus den ihnen entsprechenden beiden Gruppen von Arzneimitteln je eines mit einander zu combiniren und sie in gemeinsamer Action ihre Wirkung entfalten zu lassen. Aber auch zur Unterstützung der gegen die acute wie chronische Urethritis gerichteten Localtherapie empfiehlt sich ein derartiges Verfahren, um einem Antisepticum und Balsamicum zu gleicher Zeit Gelegenheit zu geben, ihren besonderen Einfluß auf den pathologischen Proceß zur Wirkung zu bringen. In der That hat denn dieser Gesichtspunkt auch bereits von mehreren Seiten her eine practische Verwertung erfahren. So hat Letzel eine Combination von Salol und Cubeben in vielen Fällen mit angeblich gutem Erfolg zur Anwendung gebracht. Ebenfalls hat Werler bei rebellischen Erkrankungen der Harnwerkzeuge zur Erreichung des zweifachen Effectes, des antibacteriellen, antiputriden Einflusses und der antiphlogistischen, reizlindernden Wirkung seine bekannten, einerseits aus Salol, andererseits aus Sandelholzöl bezw. dem ähnlich wirkenden Pichiextract combinirten Pilulae antigonorrhoicae seit mehreren Jahren mit anerkanntem Erfolg gebrauchen lassen. So zweckmäßig sich indes diese Arzneiverbindungen in zahlreichen Fällen erwiesen haben, so ist ihre Ordination doch mit dem unleugbaren Nachteil verbunden, daß sie, längere Zeit angewendet, nicht unerhebliche Kosten verursachen und deshalb nur für die besser situirten Patienten zugänglich sind. Unter diesen Umständen ist es entschieden als ein therapeutischer Fortschritt zu begrüßen, daß es der chemischen Fabrik von Halle in Berlin-Schöneberg gelungen ist, ein Präparat zur Darstellung zu bringen, das aus Oleum Santali und Salol zusammengesetzt, die Vorzüge der internen Antiseptica und Balsamica in sich vereinigend, wohlfeil genug ist, um sich in der Praxis der weniger bemittelten Bevölkerung in ausgedehntem Maße verwenden zu lassen. Werler hat als erster das Oleum Salosantali in größerem Maßstabe angewendet, und im Anschluß an die von ihm mit diesem Mittel erzielten Erfolge hat Verf. an dem reichen Krankenmaterial der Werler'schen Poliklinik ebenfalls mit dem Salosantal Untersuchungen angestellt, wobei er zu

Resultaten gelangt ist, welche die Werler'schen bestätigen. Das Salosantal wurde nur solchen Patienten verordnet, deren Urin saure Reaction erkennen ließ, während Kranke mit alkalisch bezw. ammoniakalisch reagirendem Harn der Urotropinmedication vorbehalten blieben. Die Darreichung erfolgte entweder in Tropfenform oder in Capseln zu 0,5 g; es wurden dreimal täglich 10—15 Tropfen bezw. 1—2 Capseln bis zu 5 Capseln pro die verordnet Das Salosantal wurde auf Befragen allgemein, von vielen Patienten aber selbst aus freiem Antriebe gelobt und die volle Zufriedenheit damit ausgesprochen. Als Contraindication zur Anwendung galt das Vorkommen von Albumen im Urin, es wurde aus diesem Grunde in jedem neu zur Behandlung gelangenden Fall vor Einleitung der Salosantalmedication die Untersuchung des Urins auf Eiweiß vorgenommen.

Die eigenen Beobachtungen des Verf.'s erstrecken sich auf mehr als 100 Fälle, hauptsächlich solche von acuter und chronischer Gonorrhoe, in denen die Anwendung des Salosantals entweder zur Unterstützung der localen Behandlung, oder aber als die einzige therapeutische Maßnahme geschah, weil von der localen Behandlung wegen acut entzündlicher Erscheinungen, wegen Blasencatarrhs oder übergroßer Empfindlichkeit gegen Einspritzungen Abstand genommen werden mußte. Die an diesen Fällen vom Verf. gemachten Erfahrungen lauten nun dahin, daß das Salosantal ein Mittel darstellt, das sich in den mit ihm zur Behandlung gelangten Fällen durchaus bewährt hat, indem es den an ein derartiges Medicament überhaupt zu stellenden Anforderungen in hohem Maße genügt. Es darf das Salosantal daher mit Fug und Recht als eine wertvolle Bereicherung des urologischen Arzneischatzes gelten und der Erwartung Raum gegeben werden, daß es sich binnen Kurzem in der urologischen Praxis eingebürgert haben wird.

Im Anschluß hieran bringt Verf. einige, auch für den practischen Arzt wichtige Daten zur Kenntnis der Chemie des Salosantals. Die Identität des eine klare, hellgelbe, leicht tropfbare Flüssigkeit von dem Aussehen des gereinigten Sandelöles darstellenden Salosantals im Urin wird bestimmt durch den chemischen Nachweis seiner Componenten, von denen das Salol in Gestalt seiner Spaltungsproducte zur Erkennung gelangt, während der Nachweis des Sandelöls durch denjenigen der mit ihm gebildeten sauren Salze geschieht. Die Salicylsäure wird selbst in minimaler Menge durch folgende Methoden erkannt: 1. durch die Eisenchloridreaction, indem der Urin eine characteristische Violettfärbung annimmt; 2. durch die Salpetersäureprobe, bestehend in dem Auftreten einer weißlichen, opalisirenden Trübung, welche im Gegensatz zu der durch Albumen erzeugten auf Zusatz von Ammoniak oder Alkohol verschwindet. Lohnstein.

L. Fürst (Berlin): **Zur Largin-Therapie der Gonorrhoea mulierbris.** (Dermatologische Zeitschrift 1899, Bd. 4, Heft 1.)

Angeregt durch das Ergebnis der von Pezzoli mit dem Largin ausgeführten Untersuchungen, hat Verf. das Mittel in 11 Fällen von weiblicher Gonorrhoe angewandt und so zufriedenstellende Resultate erzielt, daß er

das Largin für die Behandlung des gonorrhoisch inficirten weiblichen Sexualapparats, allerdings nur acuter oder subacuter Formen, als sehr geeignet und zuverlässig zu erkennen glaubt. Unter den 11 Fällen befanden sich 6 Fälle von Cervixcatarrh, 2 Fälle von Endometritis, 2 von Vulvo-Urethritis und 1 Fall von Urethrocystitis. In allen Fällen ist die Diagnose durch Nachweis des Gonococcus sichergestellt worden. Alle 11 Fälle heilten ganz glatt und ziemlich rasch; das infectiöse Stadium heilte in ca. 4—5 Tagen unter vollkommenem Verschwinden der Gonokokken ab, das catarrhalisch-entzündliche in weiteren 11—16 Tagen. Uebrigens schreibt Verf. diesen äußerst günstigen Erfolg nicht nur dem Präparat an sich zu, sondern auch der von ihm streng durchgeführten Behandlungsmethode. Dieselbe beruht auf folgenden Grundsätzen: Die Kranken, welche möglichst bald nach der Infection genommen werden müssen, werden durchschnittlich drei Wochen, womöglich in der Klinik, zum Mindesten aber unter klinisch durchgeführter häuslicher Ueberwachung, zu Beit liegen und jede unnötige Bewegung vermeiden. Bei ambulatorischer Behandlung ist ein Erfolg ausgeschlossen. Ferner müssen alle überflüssigen Untersuchungen und Manipulationen vermieden, die höchstgelegenen Gebiete des Genitalcanals stets zuerst in Angriff genommen werden.

Der häufigste primäre Sitz der gonorrhoischen Infectionen ist die Cervixschleimhaut, von wo aus die Gonokokken in das Cavum uteri gelangen. Um eine Endometritis gonorrhoica schleunigst zu verhüten oder eine etwa schon vorhandene schnell zu beseitigen, beginnt Verf. nach gründlicher Desinfection der Vagina und Portio in jedem Fall mit prolongirter Spülung der Gebärmutterhöhle mit Larginlösung, und zwar zunächst mit ½proc. unter Verbrauch von 2 l Wasser. Wird diese Spülung gut vertragen, so geht Verf. noch in derselben Sitzung zu einer 1proc. über. Der Spülung folgt sorgfältiges Abtupfen der Portio und Einlegen eines 2proc. Itrolstäbchens oder eines Noffke'schen Schmelzbougies mit 5proc. Largin. Darauf Spülung der Vagina mit 5proc. Larginlösung, Austupfen und Einlegen eines 5proc. Largin-Glycerintampons, der mit einigen sterilen Wattetampons fixirt wird.

Die geschilderte, meist ohne jede Reaction verlaufende Manipulation wird in der ersten Woche einmal täglich, in der zweiten einen Tag um den anderen wiederholt. An dem zwischenliegenden Tage spült Verf., sobald keine Kokken mehr nachweisbar sind, mit Solut. Kal. hypermang. 2,0 : 100. oder auch mit Solut. Zinc. sulf. 0,15 : 100 und legt in die Cervicalhöhle ein Noffke'sches Schmelzbougie von Boro-Phenyl-Alumin. Es ist zweckmäßig, das specifisch antibacterielle Verfahren in der dritten Woche noch fortzusetzen, sowie auch nach der Entlassung noch dreimal wöchentlich eine Scheidenausspülung mit Holzessig und Carbolsäurelösung vorzunehmen und einen Tannin-Glycerin-Tampon einzuführen.

Urethritis resp. Urethrocystitis, sowie Vulvitis gonorrhoica wurden ganz analog behandelt. Bei Erkrankung der Harnröhre schickt Verf. der Behandlung derselben mit 2proc. Larginschmelzbougies stets eine Blasenspülung mit 1proc. und eine Scheidenspülung mit 5proc Larginlösung vor-

aus. Nach 1¼stündiger Application der Schmelzbougie und nochmaliger Spülung der Vagina legt Verf. in die letztere Tampons mit 5proc. Larginlösung ein. Die Larginschmelzbougies müssen ziemlich stark sein, um die Urethrafalten zu verstreifen und noch verborgene Kokken zu treffen.

Lohnstein.

Colombini: **Ricerche batteriologiche e istologiche sulla bartolinite. Contributo allo studio della sua patogenesi.** (Giorn. ital. d. malatt. vener. e della pelle 1898, S. 265. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 2.)

Unter 17 Fällen von Bartholinitis konnte Verf. 11mal Gonorrhoe der Genitalien mit Gonokokken im Secret nachweisen, in den 6 übrigen Fällen konnte durch wiederholte Untersuchungen und durch das klinische Bild die blennorrhagische Natur des Processes ausgeschlossen werden. In den positiven Fällen wurden im Secret der Drüse selbst nur fünfmal Gonokokken gefunden, und zwar viermal zusammen mit Staphylococcus albus oder aureus oder beiden Mikroben.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Rundzelleninfiltration um die Canäle herum und Epithelproliferation in den Ausführungsgängen.

Dreyer (Köln).

Jacquet: **Hyperaesthésie névro-musculaire chez un arthro-blennorrhagique.** (Soc. méd. des hôp. de Paris, séance du 15. juillet 1898. Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 2.)

Ein 25jähriger, nervöser Mensch, der an Malaria leidet und Alkoholiker ist, ist mit Tripperrheumatismus behaftet. Seit dieser Zeit sind sämtliche Nerven und Muskeln druckempfindlich, namentlich auf der rechten Seite. Auch die Hautsensibilität ist rechts etwas gesteigert. J. konnte zehn ähnliche Fälle in der Litteratur auffinden. Dreyer (Köln).

Dr. de Stella: **Rhinitis gonorrhoica bei Kindern.** (Belg. méd. 1899, No. 4. Refer. nach klinisch-therap. Wochenschrift.)

Die Aetiologie der Erkrankung ist eine sehr einfache. Entweder wird das Kind mit einer eitrigen Rhinitis geboren, wobei die Infection von der mütterlichen Vagina stattgefunden hat, oder die Rhinitis entsteht später durch Infection von einer eitrigen Ophthalmie. In den vom Verf. gesammelten 15 Fällen handelt es sich um Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. In neun von diesen Fällen konnte der Neisser'sche Gonococcus mit Sicherheit nachgewiesen werden. In den übrigen fehlte er. Das klinische Bild ist ein typisches. Die Kinder halten den Mund offen, da die Nasenatmung vollständig unterbrochen ist. Sie greifen hastig nach der Brust, lassen aber dieselbe nach einigen Secunden los, weil sie nicht atmen können. Aus demselben Grunde schlafen sie mit offenem Munde und schnarchen. In der Nasenhöhle finden sich Eitermassen, die beim Schreien oder Weinen des Kindes oft von selbst ausgestoßen werden. Die Nasenschleimhaut ist rot, geschwellt, catarrhalisch. In den meisten Fällen konnte nachgewiesen

werden, daß die Mutter schon während der Schwangerschaft an einer suspecten Vaginitis gelitten hat. Nicht selten ist gleichzeitig auch eine eitrige Ophthalmie vorhanden. Die Diagnose der gonorrhoischen Rhinitis ist natürlich mit Sicherheit nur durch den bacteriologischen Befund zu stellen. Die Folgen der Nasengonorrhoe sind verschieden. Die Verstopfung der Nase verhindert die Kinder am Saugen und zwingt sie, durch den Mund zu atmen. Dadurch bekommen sie trockene, kalte, bacterienhaltige Luft in die Atmungswege, woraus sich Laryngitiden, Bronchitiden und Lungenaffectionen ergeben. Ferner setzt der Gonococcus die bactericide Wirkung des Nasenschleims herab, wodurch secundäre Infectionen entstehen. Die Prognose ist günstig, wenn die Krankheit rechtzeitig erkannt wird. Die Behandlung besteht nach Lermoyez in Ausspülungen der Nase mit gekochtem Wasser und Einblasen eines Pulvers, bestehend aus Arg. nitr. 0,20 und Talc. 10,0. Verf. bepinselt täglich beide Nasenhöhlen mit einem in einer 2—3proc. Protargollösung getränkten Pinsel und läßt dreimal täglich die Nase mit folgender Salbe bestreichen:

Rp. Acidi borici 1,50
Mentholi 0,15
Vaselini 15,0

Prophylactisch würden sich dieselben Maßregeln wie gegen die Ophthalmie empfehlen, und zwar sollte man in verdächtigen Fällen den Kindern in die Nase einige Tropfen einer Sublimatlösung 1 : 2000 oder einer Protargollösung 1 : 80 einträufeln. Lohnstein.

Prof. Beljaminow (Petersburg): **Fall von Urethrotomie.** (Wratsch 1899, No. 4.)

Bei dem 57jährigen Patienten bestand vollständige Undurchgängigkeit der Harnröhre, deren ganze Länge von drei Stricturen ausgefüllt war. Die Incision wurde nun in der ganzen Ausdehnung der Harnröhre gemacht, die schwieligen Wucherungen nur ausgeschnitten, aber nicht excidirt; die Dehnung des Orificium internum gelang nur mit großer Mühe. Der Patient blieb bei normaler Körpertemperatur 28 Tage zu Bett mit einem Nélatonkatheter in der Harnröhre. Darauf systematische Bougirung, bis schließlich die Harnröhre für Bleikatheter No. 42 durchgängig war. Li.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Ch. Audry (Toulouse): **Herpes als Vorläufer des Schankers.** (Monatshefte für practische Dermatologie 1899, No. 4.)

Tripper, Ulcus simplex und Ulcus specificum spielen bekanntlich bei der Genese des Herpes praeputialis eine Rolle. Es kommen aber auch um-

gekehrt Fälle vor, in denen der Herpes praeputialis dem syphilitischen Schanker voraufgeht. So kamen zum Verf. zwei Patienten, die früher niemals an Herpes gelitten hatten, mit typischem Herpes praeputialis. Einer von ihnen hatte sogar auch auf der Mund- und Lippenschleimhaut Herpes. Bei beiden waren die Bläschen 4—5 Tage nach dem letzten Coitus erschienen. Dieser Herpes heilte nun aus. Dafür aber entwickelte sich an Punkten, wo niemals Herpesbläschen gesessen hatten, ein specifisches Ulcus, dem bald auch Roseola u. s. w. folgten. Aus diesen Beobachtungen läßt sich folgende Lehre ziehen: Man soll jedem Herpes praeputialis mißtrauen, wenn er sich zum ersten Male bei einem Erwachsenen einstellt und man keine andere Erklärung als einen verdächtigen Coitus für ihn findet. Ein solcher Herpes praeputialis kann der Vorläufer eines syphilitischen Schankers sein. Lubowski.

Danlos: **Chancres syphilitiques du mamelon chez une nourrice.** (Le progrès médical 1899, No. 4.)

D stellt eine Amme vor, die von dem angeblich gesunden Säugling inficirt worden war, und welche 20 syphilitische Schanker auf der rechten Mamma und einen auf der linken hatte und beiderseitige Axillardrüsenschwellung aufwies. Immerwahr (Berlin).

Angelo Bennati: **Syphilis maligne précoce sans réaction ganglionnaire.** (Annal. de derm. et de syph. 1898, No. 12.)

Bei einer im achten Monat der Schwangerschaft befindlichen Frau treten schnell nach einer Roseola tertiäre Syphilide ecthymatöser und ulceröser Form auf. Bereits ein Jahr nach der Infection sind multiple Gummen vorhanden. Eine wahre Cachexie begleitet diesen Zustand. Es handelt sich um eine Syphilis maligna praecox. Drüsenschwellungen sind wenig ausgesprochen Trotzdem bezieht Verf. — und mit Recht — den schweren Verlauf nicht auf den Mangel der Drüsenschwellungen, sondern auf das Elend, in dem die Kranke lebte, die begleitende Schwangerschaft und die mangelhafte Behandlung. Eine energische Quecksilber-Jodkalibehandlung im Verein mit Ueberernährung führte denn auch im Krankenhaus Heilung herbei. Dreyer (Köln).

Fournier et Loeper: **Deux cas de phlébite syphilitique secondaire.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 1. Soc. de derm. et de syph., séance du 12. janvier 1899.)

Zwei Fälle von Venensyphilis, die beide an den unteren Extremitäten, und zwar an den Venae saphenae begannen. Alsdann wurden auch die anderen größeren Venen der Körperoberfläche ergriffen. Der Proceß war wenig oder garnicht schmerzhaft. Es bestanden keine Oedeme, keine äußeren

Zeichen der Entzündung. Die Venenstränge waren verdickt und zeichneten sich deshalb ab Der Proceß war ein symmetrischer und das gesamte Bild typisch. Eine combinirte Behandlung führte leicht zur Heilung. Die Unauffälligkeit der Symptome läßt die Krankheit wahrscheinlich seltener erscheinen, als sie ist. Dreyer (Köln).

Brault: **Eczéma séborrhéique et injections de calomel.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 1. Soc. de derm. et de syph., séance du 12. janv. 1899.)

Der diagnostische Wert der Calomelinjectionen sinkt immer weiter. Nachdem sie auf Lupus, Elephantiasis, Psoriasis und Lepra tuberosa Heilwirkungen mehr oder weniger hohen Grades erzielt haben, ist es jetzt Brault gelungen, sogar ein Eczema seborrhoicum bei einem Syphilitischen durch zwei Calomelinjectionen zu heilen. Dreyer (Köln).

Héresco und Druelle: **Incontinence d'urine chez un syphilitique.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 1.)

Der 44jährige Patient litt in seiner Kindheit vorübergehend an Enuresis nocturna, welche mit dem zwölften Jahre verschwand. Mit 15 Jahren acquirirte er eine Gonorrhoe und Syphilis. Beim Eintritt in die Behandlung klagte er darüber, daß er Tags und Nachts den Harn nicht halten könnte. Die Untersuchung ergab ausgeprägte tabetische oder doch pseudotabetische Symptome: blitzartige Schmerzen, vollständiges Verschwundensein des einen Patellarreflexes, Herabsetzung des anderen; unvollständiges Romberg'sches Phänomen, Anzeichen des Argyll-Robertson'schen.

Nach viermaliger intramusculärer Injection von Calomelöl (sterilisirtes Olivenöl 5, Calomel 0,25) — die Injection betrug jedes Mal 0,05 Calomel — Heilung. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

I. Prof. Neumann (Wien): **Fall von Syphilis praecox.** (Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 7.)

II. Dr. Lang (Wien): **Dasselbe.** (Ibidem.)

I. Der Fall Neumann's betrifft einen 37jährigen Patienten mit ausgebreiteten zerfallenen Gummen der Haut, am Genitale und im Munde. Der sehr herabgekommen aussehende Kranke wiegt 36 kg und hat den Primäraffect vor einem Jahre acquirirt. Schon das erste Exanthem war ein pustulösulceröses, und trotz ausreichender Quecksilberbehandlung traten bereits nach einem halben Jahre gummöse Zerstörungen des knöchernen Nasengerüstes und des weichen Gaumens auf, sowie doppeltflachhandgroße, serpiginös weiterschreitende Hautgeschwüre. Dabei kein Albumen im Harn.

II. Der Fall von Lang betrifft einen Patienten mit zahlreichen, über den ganzen Körper zerstreuten, bis über thalergroßen Geschwüren und Narben, bei dem die Infection vor ½ Jahre erfolgt ist. Li.

Fournier et Loeper: **Mal de Pott syphilitique de la colonne cervicale.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. II. — Société franç. de derm. et de syph. du 9. févr. 1899.)

Der Kranke erwarb 1879 eine Syphilis von gewöhnlichem Verlauf. 1889 aufgetretene Gummen wichen einer Jodquecksilberbehandlung. Vor $^5/_4$ Jahren traten leichte Nackenschmerzen und die Behinderung seitlicher Halsbewegungen mit gelegentlichen Parästhesien der Finger auf. Jodkali beseitigte die letzteren und besserte die ersteren. Im December 1898 traten alle Symptome von Neuem auf mit Atrophie in den Armmuskeln und im Trapezius. Anfang Januar trat plötzlich, aber ohne Verlust des Bewußtseins, eine Lähmung sämtlicher Extremitäten hinzu, die links mehr als rechts und an den Armen mehr als an den Beinen ausgesprochen war und nach 14tägigem Gebrauch von Jodkalium (5 g pro die) vollkommen verschwand. Augenblicklich fühlt man an der linken Seite der Wirbelsäule auf der Höhe des dritten, vierten und fünften Halswirbels noch einen Tumor, der vom Rachen aus nicht zu constatiren ist. Die Wirbelsäule ist hier vollkommen ankylotisch. Die Muskelatrophien dauern fort, die Sehnenreflexe sind erhöht. Die Diagnose eines Malum Pottii syphiliticum ist wahrscheinlich. Wenn die Therapie auch die gummöse Affection gebessert hat, so ist die fibröse Ankylose doch unheilbar.

Dreyer (Köln).

Jullien: **Le verre bleu en syphiligraphie.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 1. Soc. de derm. et de syph., séance du 12. janv. 1899.)

Broca und später Haan hatten empfohlen, zur Betrachtung von Hautefflorescenzen ein blaues Glas, ein Kobaltglas, zu verwenden, da dasselbe die dem Auge lästigen roten und gelben Strahlen absorbirt. Auf diese Weise gelingt es, sonst nicht nachweisbare syphilitische Exantheme zu entdecken, die erst in der Entstehung oder schon in der Involution begriffen sind. Jullien schließt sich der Empfehlung dieser Autoren an.

Dreyer (Köln).

Willis P. King (Kansas): **The relation of syphilis to cancers of the mucous membranes.** (The New York Medical Journal, 5. November 1898.)

King verletzte sich mit einer Nadel an seinem linken Daumen bei der Operation eines carcinomatösen Uterus; an der Stelle bildete sich ein Primäraffect, die Syphilis nahm einen schweren Verlauf, ging aber unter specifischer Behandlung in Heilung über. An dem der Operation folgenden Tage curettirte er noch einen Mastdarmkrebs bei einem Manne und außerdem ein Carcinoma uteri. Irgend welche Zeichen von Lues waren bei den operirten Patienten angeblich nicht vorhanden. Verf. hat noch sechs weitere Fälle beobachtet; im ersten inficirte sich ein junger Mann bei einer Witwe, die bald darauf an Uteruskrebs starb, mit Syphilis, in den übrigen acquirirten Aerzte bei

Krebsoperationen Primäraffecte und starben bis auf einen innerhalb kurzer Zeit an secundärer Lues. Hieraus zieht Verf. den Schluß, daß krebskranke Personen eine andere mit Syphilis inficiren können, das Syphilisgift soll bei ihnen von selbst entstanden sein. „These people are self-inoculated." Verf. ist von seiner Ansicht so fest überzeugt, daß ihn Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose der angeblich carcinomatösen Patienten nicht von der Unrichtigkeit seiner Theorie bekehren können; vielleicht dürften aber diese Kranken außer an Krebs an einer wenigstens latenten Syphilis gelitten haben, die für ihn und seine Leidensgefährten so verhängnisvoll geworden ist.

Blanck (Potsdam).

Dr. Legrain (Bougie): **Varicocèle douloureux symptomatique de gommes du rein chez un hérédo-syphilitique.** (Ann. des maladies des organes génito-urinaires, December 1898.)

Der vom Verf. beobachtete Fall betrifft einen 13jährigen Knaben arabischer Abstammung, bei dem auf Grund der Anamnese mit absoluter Sicherheit hereditäre Syphilis angenommen werden konnte: sein Vater verstarb plötzlich, seine sieben Geschwister zeigen sämtlich Mißbildungen der Zähne, der eine Bruder leidet an parenchymatöser Keratitis, der Kranke selbst zeigte ebenfalls verschiedene für die hereditäre Syphilis characteristische Mißbildungen. Seit mehreren Monaten klagte der Knabe über Schmerzen der linken Lumbalgegend; es bestand eine große und schmerzhafte Varicocele links. Die Untersuchung der schmerzhaften Partie der linken Lumbalgegend ergab Verlagerung der linken Niere und Vergrößerung der unteren Hälfte derselben; außerdem constatirte man am convexen Rand der Niere zwei höckerige, haselnußgroße Tumoren. Die Untersuchung des Harns ergab in demselben Eiweiß, aber keine Cylinder. Verf. stellte die Diagnose auf Gummata der Niere auf hereditärsyphilitischer Basis und Perinephritis. Die eingeleitete specifische Therapie bestätigte die Diagnose in vollkommenster Weise, indem sie die Gummata innerhalb 14 Tagen zum Verschwinden brachte. Auf die Varicocele blieb die specifische Behandlung (Jodkalium und Sublimat) ohne Einfluß.

M. L.

J. Adler (New-York): **Observations on cardiac Syphilis.** (The New York Medical Journal, 22. October 1898.)

Die Syphilis manifestirt sich am Herzen als Gummi, als interstitielle oder fibröse Myocarditis und als Endarteriitis. Adler hat zunächst Herzen congenital syphilitischer Kinder untersucht, um andere Ursachen pathologischer Veränderungen, wie Arteriosclerose, Alkohol etc., auszuschließen. In zwei von vier Fällen fanden sich, trotzdem die Krankengeschichte und der makroskopische Befund bei der Autopsie keinen Anhalt für eine Herzaffection boten, deutlich mikroskopische Beweise luetischer Erkrankung in Gestalt einer Endarteriitis und Myocarditis. Bei den weiteren Untersuchungen makroskopisch intacter Herzen zweier erwachsener luetischer Personen, wie

eines schon makroskopisch als krank sich erweisenden Herzens eines Negerweibes konnte Verf. die gleichen Veränderungen nachweisen. Zuerst werden immer die Gefäße afficirt, erst secundär gesellen sich die Entzündungen des Herzfleisches hinzu. So schwer auch in den Anfangsstadien die specifische Erkrankung des Herzens zu diagnosticiren ist, so ist doch meist ex juvantibus die Diagnose zu stellen. Der Erfolg einer specifischen Behandlung ist dann ein eclatanter, wie Verf. an der Hand eines ausführlich wiedergegebenen Falles von Angina pectoris c. lue schildert, in dem er Myocarditis mit acuter Dilatation des Herzens festgestellt hatte. Die Syphilis muß nach den Ausführungen des Verfassers als ätiologischer Factor bei Herzkrankheiten in Betracht gezogen werden. Blanck (Potsdam).

A. Fournier: **Glossite syphilo-épithéliomateuse.** (Annal. de derm. et de syph. 1898, No. 12. Soc. franç. de derm. et de syph., Séance du 8. déc. 1898.)

Die von F. vorgestellte, 53 Jahre alte Kranke hat vor 30 Jahren an Syphilis gelitten und zeigte jetzt einen enormen Tumor der Zunge, der aus dem Munde hervorragte, bis zum Kinn reichte und fast unempfindlich gegen Druck war. Eine gemischte Jodkali-Calomelbehandlung reducirte die Geschwulst bis auf ein Drittel der ursprünglichen Größe. Der Boden der Mundhöhle ist mit Drüsen austapeziert, und die mikroskopische Diagnose läßt keinen Zweifel an der carcinomatösen Natur des Tumors, der deshalb als eine Mischgeschwulst von Gumma und Epitheliom angesehen werden muß.

Dreyer (Köln).

Danlos: **Orthoforme et calomel en injections dans un cas de glossite tertiaire.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. I. Soc. de derm. et de syph. Séance du 12. janv. 1899.)

Ein Kranker, dessen Syphilis schon im Beginn einen malignen Verlauf genommen hatte, leidet jetzt nach drei Jahren an einer syphilitischen Zungenaffection, die einer gemischten Behandlung bisher widerstanden hat. Man versucht deshalb Calomelinjectionen, die in der That Heilung herbeiführen, ohne wesentliche Schmerzen zu verursachen, da Orthoform beigemischt ist. Das Gemisch hat folgende Zusammensetzung:

Vaselinöl 10 g
Calomel 0,5 g
Orthoform 0,8 g

Die am vierten Tage nach der Injection auftretenden geringen Schmerzen belästigten den Patienten nicht. Das Gemisch hat auch den Vorteil, daß es nicht erwärmt zu werden braucht, da sich kein Bodensatz bildet. Indeß muß das Vaselinöl allein sterilisirt werden, weil sich die Mischung beim Sterilisiren zersetzt. Gaston weist mit Recht darauf hin, daß auch ohne Orthoformzusatz die Calomelinjectionen zuweilen schmerzlos sind.

Dreyer (Köln).

Galezowski: **Des récidives dans la syphilis oculaire et du moyen de les prévenir.** (Ann. de derm. et de syph. Soc. de derm. et de syph., séance du 12. janv. 1899.)

G. empfiehlt für die syphilitischen Erkrankungen der Aderhaut Inunctionen mit 2 g Quecksilbersalbe täglich. Die Salbe wird mit Lanolin hergestellt. Man kann bei jungen und anämischen Individuen die Dosis auf 1—½ g herabsetzen. Die Einreibungen werden in zehntägigen Schüben mit fünftägigen Pausen ausgeführt. Längere Intervalle vereiteln die Wirkung dieser Behandlung, bei der Recidive nicht vorkommen. Bei Augensyphilis sowohl centralen wie peripheren Ursprungs ist Jodkali zu verwerfen, da es ohne Wirkung bleibt und sogar die gleichzeitig angewandten Einreibungen wirkungslos macht, indem es zu schneller Ausscheidung führt.

Dreyer (Köln).

Braquehaye: **Deux observations pour servir à l'histoire des arthropathies tardives dans la syphilis héréditaire.** (Ann. de derm. et de syph. 1898, No. 12.)

In beiden Fällen trat die Gelenkentzündung im Jünglingsalter auf, während die in der Litteratur verzeichneten Fälle meist Kinder waren. Der erste Fall mit Gonitis begann im 18. Lebensjahr, und im Verlauf von zehn Jahren traten mehrfache Schübe auf. Der Knochen erkrankt immer zuerst. Die von Clutton beschriebene schmerzlose, auf die Synovialis beschränkte Form ist zweifelhaft. Im zweiten Fall waren beide Sternoclaviculargelenke ergriffen. Das symmetrische Auftreten und später der Erfolg des Sirupus Gibert erwiesen die luetische Aetiologie. Dreyer (Köln).

L. Raynaud: **Syphilis héréditaire. Gomme ulcérée de la jambe; fracture spontanée du tibia, faisant saillie hors de la plaie depuis 6 mois, sans réaction sensible chez un kabyle.** (Ann. de syph. et de derm. 1898, No. 12. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 8. déc. 1898.)

Dem Titel ist nur hinzuzufügen, daß die Diagnose hereditäre Syphilis durch einen mikrocephalen Schädel, bogenförmigen Gaumen und Zahnanomalien gestützt wurde. Dreyer (Köln).

Dr. Eugen Schlesinger (Straßburg i. E.): **Die Erkrankung der Thymusdrüse bei der hereditären Syphilis.** (Archiv für Kinderheilkunde 1899, Bd. 26, Heft 3 und 4.)

Bei hereditärer Syphilis finden sich in der Thymus gelegentlich necrotische Herde, die, wenn sie größer sind, mit Eiter gefüllte Höhlen vortäuschen können. Sie nehmen ihren Ursprung aus concentrischen Körperchen (gewöhnlich einfache, seltener sogen. zusammengesetzte Kugeln, unter denen einige bisweilen durch ihre stattliche Größe auffallen), in die Parenchymzellen eingewandert sind. Sobald letztere innerhalb der Körperchen eine

größere Masse ausmachen, fallen sie der Necrose anheim. Gleichzeitig mit der Zunahme der Einwanderung dehnt sich die den Herd umschließende epitheliale Wandung, ursprünglich dargestellt durch die äußeren Schichten des concentrischen Körperchens, sie wächst durch Aufnahme benachbarter, zerstreut gelegener epitheloider Zellen, wie auch von solchen aus benachbarten concentrischen Körperchen. Die großen Herde können in ihrem feineren Bau eine gewisse Aehnlichkeit mit der Oberfläche der Gaumentonsillen gewinnen. Nach Verf. ist dieser Proceß als eine Hemmung der normalen Entwicklung resp. richtiger der normalen Involution des Organs, nämlich als eine Hemmung in dem Verschwinden von normaler Weise dem Untergange anheimfallenden Gewebsteilen aufzufassen. Diese Auffassung paßt sehr gut in den Rahmen der syphilitischen Erkrankung.

M. L.

A. Fournier et Loeper: **Chancre mou phagédénique du mollet.** (Ann. de derm. et de syph. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 8. déc. 1898.)

A. Fournier et Loeper: **Chancres mous confluents du scrotum.** (Ibid.)

In beiden Fällen täuschten die extragenitalen weichen Schanker tertiäre Syphilide vor. Doch konnten die Unna-Ducrey'schen Bacillen im Secret nachgewiesen werden. Der Schanker an der Wade war durch Kratzen entstanden. Der Träger litt auch an Präputialschankern. Erwähnenswert ist der Modus der Uebertragung auf den Hodensack im zweiten Fall. Der Kranke litt außer an weichen Schankern des Gliedes an Scabies. Die Uebertragung geschah bei einer gegen diese durchgeführten Kur.

Dreyer (Köln).

Jullien: **Sur la culture du bacille du chancre mou.** (Ann. de derm. et de syph. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 8. déc. 1898.)

J. teilt mit, daß Maréchal auf seiner Abteilung aus weichen Schankern auf Ascitesserum einen Streptobacillus gezüchtet hat, der sich in zehn Stunden entwickelt. Wurden 3—6 ccm in die Bauchhöhle von Kaninchen injicirt, so starben die Tiere nach wenigen Stunden. Darier und Brocq betonen, daß auch nicht ein Grund vorliegt, um den gezüchteten Bacillus für den Ducrey-Unna'schen zu halten.

Dreyer (Köln).

Truffi: **Intorno al rapporto dell' ulcera e dell' adenite venerea colle stagioni; considerazioni statistico-cliniche.** (Bollettino della Poliambulanza di Milano 1898. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 2.)

Die Statistik erstreckt sich über acht Jahre und umfaßt 604 weiche Schanker und 233 Bubonen. Sie bestätigt die Meinung Tommasoli's, daß

der Herbst die günstigste Jahreszeit für den weichen Schanker ist. Der Autor glaubt aber, daß nicht die Schwankungen der Temperatur, sondern die Sitten der Bevölkerung diesem Gesetz zu Grunde liegen. Deshalb giebt es in einzelnen Jahren auch Ausnahmen von diesem Gesetz.

Dreyer (Köln).

Giovannini: **Tentativi di disinfezione di ferite infette con pus di ulceri veneree per mezzo del sapone comune.** (G. medica di Tor. 1898, No. 45 u. 46. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 2.)

Verf. hat in 21 Fällen Wunden angelegt, die er mit dem Secret weicher Schanker inficirte und in verschiedenen Zeitintervallen mit Seife wusch. 10mal entstanden trotzdem weiche Schanker. Es zeigte sich, daß der Schanker nur vermieden werden konnte, wenn die Wunde klein und oberflächlich, die aufgetragene Eitermenge sehr gering, das Intervall zwischen Infection und Seifung ein sehr kurzes und die Abseifung eine intensive war. Daß sie aber zuweilen prophylactisch wirkte, wurde durch Controlversuche ohne Seifung erhärtet. Dreyer (Köln).

Sprecher: **Esperimenti di medicazione all' itrol in affezioni veneree.** (Gazz. med. di Tor. 1898, No. 18. Ref. nach Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 2.)

Itrol wurde in 156 Fällen von Ulcus molle, 9 Fällen suppurirter Bubonen, 20 Fällen von Gonorrhoe, 10 Fällen von Ulcus durum, 30 Fällen von breiten Condylomen an Anus und Genitalien und 6 ulcerirten Syphilomen angewandt.

Beim Ulcus molle tritt ein Erfolg nur ein, wenn dasselbe vor dem Gebrauch des Itrols cauterisirt ist. Bei Bubonen ist Jodoform überlegen. Bei Gonorrhoe werden Lösungen von 1,4000—1000 gut vertragen und sind außer bei chronischen Fällen auch wirksam. Plaques muqueuses werden günstig beeinflußt. Dreyer (Köln).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Lomer: **Ueber nachtheilige Folgen des Radelns beim weiblichen Geschlecht.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 6.)

Eine Radlerin, die oft große Touren gemacht hatte, kam hinkend in die Sprechstunde; die Gegend des einen aufsteigenden Schambeinastes war bretthart geworden (Lymphangitis); sie habe sich beim Fahren gedrückt.

L. sah in mehreren Fällen bei Scheidencatarrh in Folge Radelns Entzündung des Introitus und der Vulva auftreten, auch Urethritis, ferner Reizerscheinungen der Clitoris. Es gebe zwei Sattelarten; beim „Reformsattel" sitzen die Frauen normal auf den Tubera ischii, während bei den gewöhnlichen Sätteln die Fahrerin auf Damm und Clitorisgegend sitze.

Immerwahr (Berlin).

Georg Romm: **Neubildung einer zerstörten weiblichen Harnröhre unter Anwendung der Gersuny'schen Methode der Sphincterenbildung.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 8.)

Von der Harnröhre war nur eine Andeutung vorhanden, außerdem bestand eine Blasenscheidenfistel. Die Wiederherstellung der Harnröhre durch Lappenbildung hätte keine Schwierigkeiten geboten, die Incontinenz würde aber weiter fortbestanden haben. Daher gestaltete R. in diesem Falle eine neue Harnröhre nach der Gersuny'schen Methode mit vollem Erfolge. Es bestand bei der Entlassung der Patientin vollständige Continenz.

Immerwahr (Berlin).

Noguès: **Résultats éloignés d'une résection de l'urèthre.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 2.)

Guyon hatte vor acht Jahren bei einem Knaben wegen einer traumatischen Strictur, nachdem ohne Erfolg eine äußere und drei interne Urethrotomien gemacht waren, die Resection der Urethra mit Erhaltung der oberen Wand und vollständiger Naht ausgeführt. Bei der jetzt vorgenommenen Untersuchung zeigte sich die stricturirt gewesene Stelle wieder bis auf No. 12 verengert.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Echtermeyer (Berlin): **Indurationen im Corpus cavernosum penis.** (Dermatologische Zeitschrift 1899, Bd. VI, Heft 1.)

Der 29jährige Patient bemerkte sein Leiden zuerst im März 1897 durch auftretende, immer stärker werdende Schmerzen bei Erectionen. Als er eines Nachts mit heftigem Schmerz im Penis erwachte und das schmerzende erigirte Glied berührte, fühlte er, daß dasselbe geknickt war. In der Mitte des Schaftes war ein noch oben offener stumpfer Winkel entstanden. Der Schmerz verschwand sofort, als das Glied abschwoll. Bei der objectiven Untersuchung am folgenden Tage ließ sich ein kleiner erbsengroßer Knoten von Knorpelhärte im Corpus cavernosum penis dicht hinter der Glans durchfühlen. Aetiologisch war Syphilis sicher auszuschließen. Dagegen hatte Patient $^5/_4$ Jahre vorher Gonorrhoe gehabt; im Urin zeigten sich noch kleine Fädchen, die Plattenepithelzellen und spärliche Staphylokokken, aber keine Gonokokken enthielten. Lohnstein, dem der Fall gezeigt wurde, riet zu einer Dehnung und heißer Harnröhrenspülung. Die Verdickung vergrößerte sich aber langsam und unaufhörlich: wahrscheinlich wirkte hierbei der

Umstand ungünstig, daß Patient verlobt war und das Zusammensein, wie der Gedanke an seine Braut ihm häufig Erectionen verursachten; denn während der folgenden sechs Monate wuchs die Verhärtung im Corpus cavernosum immer mehr, obgleich ganz streng exspectativ verfahren wurde. Es bildeten sich ganz allmählich unter häufigen nächtlichen, sehr schmerzhaften Erectionen zwei knorpelharte kantige Platten im Corpus cavernosum, die an dem Knoten hinter der Glans beginnend parallel nach hinten zogen. Die obere Platte erreichte eine Breite von $^2/_3$ cm und eine Länge von 2 cm, die untere blieb etwas schmäler und kürzer. Vom hinteren Ende der oberen zogen dann noch zwei stricknadeldicke, knorpelharte Stränge nach hinten bis zur Wurzel des Gliedes. Im Erectionszustande zeigte sich eine erhebliche Deformirung. Nicht nur knickte sich das Glied stark nach oben ab, sondern es zeigte auch in der Höhe der Knickung eine Verdünnung und einige Furchen. Da sich Jodpinselungen, Umschläge, körperliche Ruhe, Sedativa ebenfalls unwirksam erwiesen, so wurden auf den Rat Lassar's nun während der folgenden Monate Fangoeinpackungen in der hiesigen Fangokuranstalt gemacht. Die Einpackungen wurden bis 45° C. heiß applicirt und blieben bis $1^1/_2$ Stunden liegen. Daneben wurden Nachts die feuchten Einwickelungen fortgesetzt; auch schränkte Patient die Besuche bei seiner Braut auf ein Minimum ein. Irgend ein sichtbarer Erfolg zeigte sich in den nächsten Wochen nicht. Doch wurden zunächst wenigstens die Erectionen seltener. Nach einigen Monaten trat dann langsam eine Wendung zum Besseren ein. Zunächst ließ der Schmerz bei Erectionen mehr und mehr nach. Objectiv blieb dabei der Befund unverändert. Die Knickung trat genau in derselben Stärke auf. Jetzt wurde zur Massage übergegangen. Die Cataplasmen wurden Nachts beibehalten. Ganz allmählich im Laufe von sechs Monaten wurde dann auch die Knickung geringer, sämtliche Beschwerden schwanden, so daß Patient vor einigen Wochen hat heiraten können. Trotz lebhaften Eheverkehrs hat er nie die geringsten Beschwerden von seinem früheren Leiden empfunden. Die knorpelharten Platten und Stränge sind erheblich weicher geworden, wenn auch in ganz derselben Ausdehnung noch deutlich zu fühlen. Vor Allem sind sie elastischer, so daß bei Erection nur noch eine unerhebliche Biegung, keine Knickung eintritt. Verf. hat eine Röntgenaufnahme des Gliedes vornehmen lassen, und es zeigte sich das ganze Glied hell durchleuchtet. Die Verhärtungen bestanden also hier nur aus Bindegewebe, während in einem von Posner beobachteten Falle wenigstens ein Teil derselben sich durch dunkle Schatten als Knorpel characterisirte. Lubowski.

Dr. Friedrich Schilling (Nürnberg): **Ueber methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 11.)

Verf. hat im Lauf der letzten Jahre in einer Anzahl von schwereren Fällen von Phimose bei kleinen Knaben statt der Operation mit gutem Erfolg die unblutige Erweiterung mittelst Sonden geübt. Nach der ersten

Sitzung war gewöhnlich die vorher schmerzhafte Miction schmerzlos geworden, nach wenigen weiteren Sitzungen gelingt es, die Vorhaut leicht zurückzubringen. Was die Technik anlangt, so muß der kleine Patient auf einer festen Unterlage liegen, sowie an Armen und Oberschenkeln festgehalten werden. Die Vorhaut wird dann mit Daumen und Zeigefinger beider Hände langsam mit schonender Gewalt über die als Keil wirkende Glans zurückzubringen gesucht, während die übrigen Finger teils den Penis stützen, teils in der Gegend der Symphysis oss. pubis einen Halt suchen. In größeren Zwischenräumen muß öfter revidirt und die Vorhaut zurückgeführt werden. Verf. hat derart in zehn Fällen, wo er früher die blutige Operation gemacht hätte, dauernde Heilung erzielt. Kleinste, kaum blutende Einrisse an der Haut und Schleimhaut des Orificium kommen vor, haben aber nichts zu sagen. Die Nachbehandlung besteht in localer Application von Borsalbe und Vollbädern. Die Fälle von angeborener Phimose sind bekanntlich oft mit Leistenhernien combinirt, in Folge der durch die Urinbeschwerden hervorgerufenen verstärkten Bauchpresse. Nach Beseitigung der Phimose heilen diese Hernien zumeist schnell unter geeigneter Bandagenbehandlung. Da viele Eltern messerscheu sind, so ist die Möglichkeit, durch unblutige Behandlung auch in schweren Fällen von Phimose zum Ziele zu gelangen, für den Practiker von großem Wert. R. L.

Ira E. Atkinson (Dodge): **Congenital absence of the glans penis.** (The New York Medical Journal, 5. November 1898.)

Der 40jährige Mann, welcher Verf. wegen mangelhaften Urinstrahls und ungenügenden Wollustgefühls bei der Cohabitation consultirte, litt an einem congenitalen Fehlen der Glans penis. Sonst zeigte der Penis, bis auf ein allzulanges Präputium, keine pathologischen Veränderungen. Die Lamina int. praeputii war mit der Urethralschleimhaut verwachsen.

Blanck (Potsdam).

Kellock (London): **Complete hypospadias with cleft scrotum.** (British Medical Journal, 21. Januar 1899.)

In der Sitzung vom 13. Januar 1899 stellte Kellock in der „Clinical Society of London" zwei Geschwister im Alter von $6\frac{1}{2}$ und 2 Jahren vor, die an completer Hypospadie mit geteiltem Scrotum litten. Bei der Geburt waren beide als Mädchen eingetragen, doch wurde der Irrtum bald erkannt. Die Mutter führt die Mißbildung auf „Versehen" zurück; sie hatte sich während der Schwangerschaften Mädchen gewünscht.

Blanck (Potsdam).

Tuffier: **Fall von Hypospadie.** (Le progrès médical 1899, No. 3.)

T. hat einen Fall von Hypospadie nach der Methode von Nové-Josseraud operirt. Er nahm einen Hautlappen vom Arm, mittelst dessen es ihm gelang, den Penis zu tunnellisiren. Der Erfolg war ausgezeichnet.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Alexander (New-York): **A Case of Epispadias.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases 1898, No. 12.)

Ein typischer Fall von Epispadie mit fast vollständigem Fehlen der Corpora cavernosa urethrae. Statt der Urethra eine Rinne, die den ganzen Penis entlang verlief und an der Glans mit einer blinden Tasche endete. Der richtige Meatus befand sich an der Symphyse in der Form einer weiten Oeffnung. Zwischen dem Oss. pubis befand sich an der Symphyse ein 1 Zoll breiter Zwischenraum. Die Testes befanden sich beiderseits im Leistencanal. Es bestand natürlich complete Incontinentia urinae. Der Harn war jedoch vollkommen aseptisch. Li.

Loumeau: **De la circoncision par le procédé de Rebreyend.** (Le progrès médical 1899, No. 8.)

Nach Anästhesirung des Patienten resecirt man nur einige Millimeter der Haut rings um das Orificium praeputii, zieht dann das Präputium zurück, klappt es um und resecirt die ganze Lamina interna praeputii bis zum Sulcus coronarius. Darauf vereinigt man die Wundränder durch Catgutnähte. Die Erfolge dieser Art der Operation sind viel bessere als die der gewöhnlichen Circumcision. Immerwahr (Berlin).

Reale: **Sulla sclerosi del prepuzio per atrofia idiopatica di esso, con fimosi ed ulcerazioni consecutive.** (Giorn. it. d. mal. ven. e della pelle 1898, pag. 257. Ref. nach Annal. de derm. et de syph. 1899, No. II.)

R. berichtet über vier Fälle dieser Affection, die anfangs nur in einer leichten Schwierigkeit, die Eichel zu entblößen, besteht. Dazu kommen Verdickungen, Erosionen, Ulcerationen mit Eiterung, Brennen und Pruritus. Nach der Entzündung tritt Atrophie ein. Der Proceß spielt sich am Rande des Präputiums ab und läßt die Blätter desselben frei. Dreyer (Köln).

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Guyon: **Des calculs de la région prostatique.** (Ann. d. mal. gén.-urin. 1899, No. 1.)

Im Anschluß an einen Fall von Prostatastein bespricht G. die Pathologie, Diagnose und Operation dieser seltenen Affection. Meistens werden die Steine zufällig bei der Section gefunden. Dieselben liegen entweder in der Prostata selbst und vollständig abgeschlossen, oder sie communiciren mit der Urethra post., oder aber sie liegen überhaupt im prostatischen Teil der Harnröhre. Die Diagnose ist vom Mastdarm her oder von der Urethra aus

zu stellen. Für die intraurethrale Untersuchung empfiehlt sich am meisten der weiche Explorateur à boule olivaire. Hierbei giebt es drei Möglichkeiten: 1. Das Instrument trifft auf den Stein und wird durch selbigen aufgehalten. 2. Das Instrument passirt und man erhält das Gefühl des Reibens. 3. Das Instrument geht ohne jedes weitere Anzeichen in die Blase. — Die Operation erfordert die perineale Incision.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Janet: **Guérison d'accidents très graves chez deux prostatiques.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 2.)

J. teilt zwei Krankengeschichten zweier Prostatiker mit, von denen der eine eine schwere Harnintoxication, der andere heftige Blutungen hatte. Trotzdem für beide bereits an die Cystostomie gedacht war, gelang die Heilung dennoch durch den einfachen Katheterismus dergestalt, daß die beängstigenden Symptome verschwanden und die Patienten wieder ihre gewohnte Lebensthätigkeit aufnehmen konnten. Also nicht allzu früh operatives Eingreifen!

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Héresco und De Gèry: **Rétention complète algue d'urine chez un prostatique.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 2.)

Verff. beschreiben zuerst den Fall eines 74jährigen Prostatikers, bei dem im Verlauf von zehn Jahren nur zweimal eine acute vollständige Harnverhaltung sich eingestellt hatte. Beide Male ging der Zustand auf Anwendung des Verweilkatheters zurück. Zur weiteren Demonstrirung und Empfehlung des Verfahrens werden dann noch aus der Guyon'schen Praxis sieben weitere Beobachtungen angeführt.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Crespi (Pavia): **Zur Behandlung der Ischurie in Folge Prostatahypertrophie.** (Wiener medicin. Wochenschrift 1899, No. 6.)

Der vorliegenden Mitteilung liegen weitere zehn Fälle von Behandlung der Prostatahypertrophie nach dem gegenwärtig im Vordergrunde des Interesses stehenden Bottini'schen Verfahren zu Grunde, von denen sechs aus der chirurgischen Universitätsklinik Bottini's und vier aus dem von Cavazzani geleiteten Hospital zu Venedig stammen. Die Bottini'sche Methode fand an dieser Stelle bereits mehrfache, erschöpfende Erörterung, und wir dürfen uns somit bei der Wiedergabe der vorliegenden Arbeit mit der Hervorhebung einiger neuerer Punkte begnügen. Vor Allem sei darauf hingewiesen, daß im Gegensatz zu der von Reclus ausgesprochenen Behauptung: „Das Cocain verliere bei der thermischen Trennung der Gewebe jede Wirkung", eine fünf Minuten vor der Operation applicirte Injection einer 1proc. Cocainlösung sich jedesmal so vorzüglich bewährte, daß die Kranken sich des operativen Eingriffes kaum oder gar nicht bewußt wurden und glaubten, es habe sich blos um eine einfache Sondirung gehandelt. Be-

züglich der operativen Technik bemerkt Verf., daß der Schnabel des Incisors durch leichten Zug am eingeführten Instrumente an den in Form eines V zu durchtrennenden Prostatateil angedrückt und der Incisor selbst erst dann in Bewegung gesetzt werden soll, nachdem er durch zehn Secunden mittelst electrischen Stromes kirschrot erhitzt worden ist, da sonst die Wirkung der stumpfen Schneide eine mechanische und nicht thermische wäre, demzufolge eine Kraftäußerung behufs Eindringens derselben in das Prostatagewebe erheischen würde — eine Kraftäußerung, die absolut unstatthaft ist. Nachdem der Incisor in eben angegebener Weise glühend gemacht worden, wird er durch leichte und regelmäßige Bewegungen in's Gewebe versenkt und sofort festgestellt, wenn beim Vordringen ein Widerstand bemerkbar ist, der nur durch eine, vermöge des Rheostats erhöhte Temperatur der Scheide und nicht durch forcirten Druck auf das Rad überwunden werden darf. Ist der Schnitt in dem nötigen Ausmaße (gewöhnlich $3^1/_2$ cm tief) ausgeführt, so erhöht man mittelst des Rheostats die Temperatur der Schneide um einen halben Grad und schiebt ihn sodann auf den Ausgangspunkt allmählich zurück. Hierauf wird der electrische Strom unter Aufrechterhaltung der Abkühlung unterbrochen, dadurch der erglühte Incisor völlig abgekühlt und das Instrument gleich einer gewöhnlichen Mercier'schen Sonde zurückgezogen. Der abkühlende Strom soll nicht früher aufgehoben oder auch nur beschränkt werden, bevor das Instrument gänzlich aus der Harnröhre entfernt worden ist. Lohnstein.

Reynès: **Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection bilatérale des canaux déférents. Résultat négatif.** (Le progrès médical 1899, No. 8.)

75jähriger Mann, leidet seit 10 Jahren an Prostatahypertrophie, seit 5 Jahren an Retentio completa. Er katheterisirt sich selbst 12—25 mal in 24 Stunden. Der Urin ist leicht getrübt Die Blase contrahirt sich schlecht. Sehr große Prostata, sowohl links wie rechts, nicht sehr hart. Zeitweise etwas Orchitis. Unter Cocainanästhesie wurden die Vasa deferentia resecirt in einer Länge von 2 cm. Baldige Heilung, aber das therapeutische Resultat ist absolut Null. Noch acht Monate nach der Operation besteht derselbe Zustand wie vorher. Die Prostata ist nicht kleiner geworden. Jetzt wird der Patient mit Prostatatabletten behandelt. Immerwahr (Berlin).

Nicolich: **Suites éloignées de la vasectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.** (Le progrès médical 1899, No. 8.)

Um den Einfluß der Vasectomie auf die Prostatahypertrophie beurteilen zu können, teilt Verf. die Kranken in drei Gruppen ein: 1. Erster Anfall von vollständiger Retention nach einer längeren oder kürzeren Periode von Dysurie; 2. chronische incomplete Retention, welche in wechselnden Zwischenräumen complet wurde; 3. chronische complete Retention. Er hat von der

ersten Gruppe zwei Patienten operirt, den einen im November 1896, den anderen im Februar 1898. Beide befinden sich jetzt sehr wohl und brauchen keinen Katheter, die Prostata ist kleiner geworden. Von der zweiten Gruppe wurden von 31 Patienten 9 geheilt, 10 gebessert, und 12 wurden ohne Erfolg operirt. Verf. hält die Vasectomie nach seinen Resultaten für eine empfehlenswerte Operation. Immerwahr (Berlin).

J. W. Smith (Manchester): **Suprapubic prostatectomy.** (British Medical Journal, 7. Januar 1899.)

In der Sitzung vom 20. December 1898 der „Clinical Society of Manchester" demonstrirte Smith einen 58jährigen Mann, bei dem er vor einem halben Jahre wegen Prostatahypertrophie und schwerer Cystitis die suprapubische Prostatectomie des Mittellappens ausgeführt hatte. Der Erfolg ist ein vorzüglicher: der Patient hat 25 Pfund an Gewicht zugenommen, kann den Urin 8—10 Stunden halten, die Miction ist frei und kräftig.

Blanck (Potsdam).

Dr. Fuller (New-York): **Recovery with Restauration of the Vesical Function Following total Extirpation of the Prostate and Resection of the Bladder for Malignant Disease.** (Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases 1898, No. 12.)

Der Fall betrifft einen 69jährigen Patienten, der über häufigen und intensiven Harndrang klagte und angab, die ersten Symptome dieser Beschwerde vor acht Monaten bemerkt zu haben. Gleichzeitig bekundete der Patient, daß häufig am Schluß der Urination aus der Harnröhre Blut tropfenweise abfließt. Es wurde damals Residualharn constatirt und regelmäßige Katheterisation verordnet, welche dem Patienten auch bedeutende Erleichterung brachte. Vor ungefähr fünf Monaten merkte aber der Patient, daß die Einführung des Katheters immer schwieriger werde. Die Untersuchung per rectum zeigte bedeutende Vergrößerung der Prostata; dieselbe war fest, glatt und zeigte sämtliche Merkmale der senilen Hypertrophie. Sonst ergab die Untersuchung nichts Abnormes, und Verf. entschloß sich, die Geschwulst der Prostata operativ, und zwar auf suprapubischem Wege zu entfernen. Beim Eröffnen der Harnblase überzeugte sich jedoch Verf., daß die Harnblasenwände samt der Prostata eine einzige, harte, infiltrirte Geschwulst darstellen. Daraufhin Vornahme der in der Ueberschrift bezeichneten Operation, die von vollständigem Erfolg begleitet war. Die histologische Untersuchung der Geschwulst zeigte, daß dieselbe sarcoma-carcinomatöser Natur war.

In einem zweiten, ähnlichen Fall konnte diese, dem Verf. einmal so schön gelungene Radicalbehandlung nicht angewandt werden, weil der Krankheitsproceß bereits zu sehr fortgeschritten war, als der Kranke in die Behandlung des Verf.'s kam. M. L.

Morel-Lavallée: **Retour de la perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double ancienne.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 1. Soc. de derm. et de syph., séance du 12. janv. 1899.)

Verf. berichtet über zwei Männer, die eine doppelte Hodenentzündung gehabt hatten und dennoch Väter wurden. Da eine Untersuchung des Samens nicht gemacht ist, so sind diese Fälle ebenso wertlos, wie die bisher vorliegenden Statistiken. Dreyer (Köln).

M. Xavier Delore: **Ueber die Orchidotomie; Probeincision des Testikels mit partieller Abtragung bei Tuberculose des Hodens.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 1.)

Während bei der Tuberculose des Hodens resp. Nebenhodens die sofortige Castration des Organs ein zu weitgehendes Verfahren ist, andererseits die Bloßlegung des Hodens und Abtastung durch die Albuginea hindurch selten vor Irrtümern schützt, ist nach Verf. das oben genannte Verfahren das allein maßgebende und gerechtfertigte. Denn zeigt sich nach einer Probeincision der Hoden in größerer Ausdehnung krank, so entfernt man eben das ganze Organ; ist er nur in einzelnen Partien ergriffen, so erfolgt die Resection dieser Teile. Die Epididymis kann man unbeschadet für den Hoden allein entfernen. Zwei Krankengeschichten erläutern die Operationsmethode, welche von Poncet zuerst erdacht oder doch zielbewußt ausgeführt ist. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

VII. Blase.

Alb. Seelig: **Ueber die Resorptionsfähigkeit der gesunden Blase.** (Centralbl. für Harn- und Sexualorgane 1899, No. II.)

Die Frage, ob die gesunde Blase resorptionsfähig ist, ist trotz der vielfach angestellten Versuche und trotz der bedeutend angewachsenen Litteratur noch keineswegs gelöst. Es wurden verschiedene Versuchsstoffe in Anwendung gebracht, und unterscheidet man unter ihnen am besten drei Gruppen:

1. nicht flüchtige körperfremde Stoffe,
2. flüchtige körperfremde Stoffe,
3. Substanzen, die im Harn vorkommen.

Hinsichtlich der ersten Gruppe sind die Ansichten noch völlig geteilt. Mehr Uebereinstimmung herrscht bei der zweiten, am wenigsten bei der dritten, zumal hier die Versuchsanordnung nicht tadelfrei ist.

S. bespricht dann des Weiteren die verschiedenen Stoffe, mit denen experimentirt wird, und die einzelnen Operationsmethoden und geht zu seinen eigenen Versuchen über. Um möglichst alle Fehlerquellen auszuschließen und die Urethra zur Einführung nicht zu benutzen, ergab sich als einfachste Procedur die Injection vom Ureter her. Zu diesem Zweck wurde der Harnleiter am vesicalen Ende freigelegt und in denselben kurz vor seinem Eintritt in die Blase eine geknöpfte Canüle — um jede Verletzung der Blasenwand durch etwaige Berührung auszuschließen — eingeführt und abgebunden. Der centrale Teil des Harnleiters wird nunmehr vom peripheren abgetrennt und unterbunden. Jetzt erst wird die Injection vorgenommen. Eine Resorption von Seiten des Ureters konnte somit nicht stattfinden. Desgleichen wurde die Urethra und der andere Ureter unterbunden. Zu einer exacten Untersuchung müssen folgende drei Vorbedingungen erfüllt sein: 1. Die Blase des Versuchsobjectes muß gesund sein und darf weder bei der Einführung der Versuchslösungen verletzt, noch durch dieselben irritirt werden. 2. Die Lösungen dürfen ausschließlich mit der Blasenschleimhaut in Berührung kommen, ein Contact mit der Urethra und den Ureteren muß unter jeder Bedingung vermieden werden. 3. Es eignen sich nur Tiere zu derartigen Experimenten, da beim Menschen die notwendigen Versuchsbedingungen nicht eingehalten werden können.

Die Versuche wurden sämtlich an Versuchstieren in Aethernarcose ausgeführt und als Medicamente Strychnin, Cocain, Pyridin und Nicotin benutzt. Strychnin hatte Concentrationen von 0,1 : 10 und 1 : 30, die höchst injicirte Dosis betrug 0,07, die niedrigste 0,01. Cocain wurde 0,2—0,4 injicirt. Vom Nicotin wurden 4—6 Tropfen in 2 ccm Wasser eingespritzt und von Pyridin 2,0.

Bezüglich der Resultate gilt Folgendes: Strychnin ergab schwankende Ergebnisse; je stärker die Lösung, um so markanter die Wirkung. Cocain kam in der angewandten Concentration nicht zur Resorption. Constant waren die Resultate beim Pyridin, weniger beim Nicotin.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Albarran: **Des cystites douloureuses.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 2.)

In vorliegender Arbeit giebt A. zunächst eine kurze Schilderung dieses Krankheitsbildes. Die Mictionen sind bedeutend vermehrt (50 bis 80 in 24 Stunden), der Urin trübe, oft vermischt mit Bröckelchen und Pseudomembranen. Das hervorstechendste Symptom sind jedoch die Schmerzen, welche sich bis zu wirklichen Blasencoliken steigern können. Sie haben ihren Grund in der überaus großen Empfindlichkeit der Blase gegen jede Contactberührung und in der Spannung. Selbst die bis zum äußersten Grade fortgesetzte Chloroformnarcose vermag die Blasencapacität nicht zu vergrößern. Man kann die Cystites douloureuses nach ihrer Aetiologie in drei Gruppen einteilen: 1. die Cystitiden in Folge von Fremdkörpern und Steinen, 2. die Cystitiden auf der Basis von Geschwülsten und 3. die tuberculösen

Cystitiden. Eine bedeutsame Rolle spielen dabei die Mikroorganismen, und zwar besonders der Colibacillus, der Staphylococcus pyogenes, der Proteus Hauser, der Streptococcus pyogenes und Gonococcus. Dieselben finden sich bald allein jeder für sich, bald miteinander vergesellschaftet vor. Für die Stellung der Diagnose, insonderheit die Ausdehnung der Läsionen ist die cystoskopische Untersuchung von hervorragender Bedeutung. Hinsichtlich der Behandlung kommen bei Frauen folgende Indicationen in Betracht. Man beginne mit den gebräuchlichen Mitteln: interne Behandlung, Instillationen, speciell von Höllenstein- und schwachen Sublimatlösungen. Wirken selbige nicht, so ziehe man das Cystoskop zu Rate, um die Diagnose zu sichern. Sind keine verrucösen Wucherungen, keine Leucoplacie, keine Ulcerationen, sondern nur die Läsionen einer gewöhnlichen Cystitis vorhanden, so curettire man. Darauf eine Zeit lang Instillationen, eventuell erneutes Curettement. Im Falle der Erfolglosigkeit vesico-vaginale Eröffnung. Die Fistel bleibt so lange offen, bis der Urin klar geworden ist und die Blase die instrumentelle Berührung ohne Schmerzempfindlichkeit verträgt. Dann Schluß der Fistel.

Zeigt das Cystoskop dagegen Wucherungen, Leucoplakien, Ulcerationen, so mache man Sectio alta und kratze die Wucherungen sowohl von dieser aus, als auch, um das Collum zu reinigen, durch die Urethra; event. werden die Leukoplakien exstirpirt, die Ulcerationen mit dem Glüheisen cauterisirt oder entfernt und die Schleimhautwunde durch Naht geschlossen. Darauf Drainage der Blase, locale Behandlung und nicht eher Schluß der Fistel, als bis die Cystitis gut geheilt ist.

Kann man selbst unter Chloroform die Cystoskopie nicht anwenden, so wird zuerst curettirt und beim Mißerfolg die Sectio alta gemacht. Ist in Folge einer Pericystitis das Peritoneum vorn an der Blase fixirt, so muß man eine vaginale Fistel anlegen. Stockmann (Königsberg i. Pr.)

Thomas Houston (Belfast): **On a case of cystitis of three years duration due to the typhoid bacillus.** (British Med. Journal, 14. Januar 1898.)

Eine 35jährige Frau leidet seit drei Jahren an Harndrang und Schmerzhaftigkeit beim Uriniren, einmal wurde Blut im Harn bemerkt. Das Leiden wurde trotz wiederholter ärztlicher Behandlung nicht beseitigt. Bei der Aufnahme in's „Belfast Royal Hospital" war der Urin opak, stark sauer, enthielt wenig Albumen; das Sediment bestand aus Epithelien, Eiterzellen und Bacterien. Die bacteriologische Untersuchung ergab, daß es sich um Typhusbacillen handelte. Die Patientin hatte niemals Typhus überstanden. Bemerkenswert ist der Fall aus folgenden Gründen: 1. Es ist ein Fall von Typhusinfection ohne die gewöhnlichen Symptome des Typhus; 2. auch das Blutserum ergab die Widal'sche Reaction; 3. wenn der Typhusbacillus in den Geweben wachsen kann, ohne die Symptome des Typhus hervorzurufen und auf den Ort beschränkt bleibt, so ist der Typhus eine allgemeine und

sich sämtliche anderen Mittel wirkungslos erwiesen hatten, bewirkte das Urotropin, daß der seit 15 Jahren trübe Harn nach 9 Tagen seit Beginn der Behandlung klarer und leicht sauer und am 14. Tage eiterfrei war. Die 5 Monate hindurch fortgesetzte Beobachtung zeigte, daß die Heilung eine dauernde blieb. K. gelangt nun auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß das zuverlässigste Antisepticum und Adstringens der oberen Harnwege bei Cystitis und verwandten Affectionen geradezu ein Specificum ist. Eine speciell in practischer Beziehung beachtenswerte Erfahrung K.'s geht dahin, daß man, wenn man Urotropin zu verschreiben gedenkt, zuerst die Reaction des Urins prüfen soll. Ist derselbe sehr sauer, so giebt man neben Urotropin ein wenig Kalium citricum oder aceticum; wenn er sehr alkalisch ist, so ist eine geringe Menge einer verdünnten Mineralsäure nützlich.

Horwitz (3) hat das Urotropin in mehreren Fällen von Tuberculose der Harnblase angewandt, und zwar in Dosen von 0,33 viermal täglich. Das Urotropin zeigte sich hier als das wirksamste Mittel, um die bacterielle Zersetzung des Harnstoffes mit Alkalinität des Urins zu verhindern. Auch H. überzeugte sich von der absoluten Unschädlichkeit des Urotropins, indem er dasselbe selbst bei interstitieller Nephritis ohne Schaden hat anwenden können.

Aus den obigen Mitteilungen geht der Wert des Urotropins als Harndesinficiens so deutlich hervor, daß wir uns bei der Wiedergabe der Arbeit Richardson's (4) nur auf den zweiten Teil, nämlich auf die Erörterungen der Urotropintherapie bei Typhus, beschränken können. Seine in dieser Richtung gemachten Erfahrungen faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Der Urin Typhuskranker kann Typhusbacillen in colossalen Mengen enthalten.

2. Die Typhusbacillen können im Urin Wochen, Monate und sogar Jahre lang enthalten sein und sowohl für den Patienten selbst, wie auch für die Allgemeinheit eine Gefahr bilden.

3. Deshalb liegt die strenge Desinfection und Ueberwachung des Urins Typhuskranker auf der Hand

4. In neun Fällen von Typhus, in welchen der Urin Typhusbacillen enthielt, verschwanden diese bei Gebrauch von Urotropin, und zwar in sieben Fällen sofort.

5. In der großen Mehrzahl der Fälle genügten 4 g Urotropin zur Entfernung der Typhusbacillen. Ausnahmsweise mußten aber auch 13,33 bis 20 g angewandt werden.

6. Weil es unmöglich ist, ohne bacteriologische Untersuchung festzustellen, ob ein Urin Typhusbacillen enthält oder nicht, so sollten alle Typhuskranken 2 g Urotropin pro Tag, zehn Tage lang, beginnend mit der dritten oder vierten Krankheitswoche, erhalten. Wahrscheinlich würde man aber auch das gleiche Resultat durch Verabreichung kleinerer Dosen (0,66 g pro Tag) während der ganzen Dauer der Krankheit erzielen können.

Lubowski.

Routier: **Calcul enchatonné.** Lithotritie, taille, guérison. (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 1.)

R. berichtet über einen eingewachsenen Blasenstein bei einem 65 Jahre alten Mann, welcher, nach erfolgloser Lithotripsie (der Lithotriptor glitt stets an dem Steine vorbei), in derselben Sitzung durch die Sectio alta entfernt wurde. Trotzdem nur wenig Flüssigkeit in die Blase eingeführt war, wäre es bald zu einer Ruptur derselben gekommen. Drainage mit Périer-Guyon'schen Heberöhren und Tamponade mit steriler Gaze. Heilung.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Imbert: **Calcul vésical chez l'enfant.** (Le progrès médical 1899, No. 9.)

Ein Blasenstein wurde bei einem vierjährigen Kinde durch die Sectio alta entfernt. Seit zwei Jahren bestanden Störungen beim Uriniren. Der Urin floß tropfenweise, aber nicht im Strahl ab; schließlich zeigten sich zwei Hämaturien von kurzer Dauer. Dann kamen intermittirende Schmerzen von geringer Heftigkeit, welche aber im Anschluß an eine generalisirte Vaccineeruption so heftig wurden, daß zur Operation geschritten werden mußte, besonders da das Uriniren sehr schmerzhaft war und das Allgemeinbefinden sich sichtlich verschlechterte. Es wurde ein Harnsäurestein von der Größe einer Mandel extrahirt, welcher mit einer Phosphatschicht bedeckt war. Lithotripsie ließ sich in diesem Falle wegen der großen Empfindlichkeit der Blase nicht ausführen, besonders da das Kind die Einführung eines Katheters auch schlecht vertrug.

Immerwahr (Berlin).

Georg Romm: **Vier Blasen-Scheidenfisteln operirt nach dem neuen Verfahren von W. A. Freund.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 7.)

Emanuel Kuhn: **Noch zwei Fälle von Vesico-Vaginalfisteln operirt nach W. A. Freund.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 7.)

Verff. haben in allen Fällen mit bestem Erfolge große und nach anderen Methoden teilweise erfolglos operirte Blasen-Scheidenfisteln mittelst des von Freund angegebenen Verfahrens, bei welchem der Uterus selbst zur Plastik des weiblichen Beckenbodens herangezogen wird, operirt und zur dauernden Heilung gebracht. Als besonderer Vorteil der Freund'schen Methode ist der Umstand zu erwähnen, daß kein plastisches Material weggeschnitten wird, somit also bei einem Mißerfolge die Chancen zu einer wiederholten Operation sich nicht verschlimmern, sondern vielmehr eine neue deckende Fläche geschaffen wird, die groß genug ist, selbst bei anfänglichem Mißerfolge den endgiltigen Effect zu garantiren. Jedoch muß auch auf einen bedeutenden Mißstand, nämlich auf die starke Granulation der Uterusserosa und mit ihr auch der wunden Scheidenwände hingewiesen werden, die jeder Tamponade zum Trotze zu starker Verengerung, ja bis zum Schluß der Scheide führen. Die Freund'sche Fisteloperation muß unter allen Umständen als eine die

Frau verstümmelnde Operation nur als ultimum refugium Anwendung finden, eben in den Fällen, wo sonst nur die Colpocleisis übrig bleibt.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Foges: **Seltener Fall von Blasenectopie.** (Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 7.)

Der Fall betrifft eine 31jährige Frau mit Inversio vesicae cum prolapsu per fissuram. An derselben wurde von Gersuny eine Operation vorgenommen, welche als eine Modification der Maydl'schen Methode zu betrachten ist und die im Wesentlichen darin besteht, daß in das ausgeschaltete Rectum die Blase mit den Ureteren implantirt wird. Patientin starb an einer schon seit Langem bestehenden Pyelonephritis fünf Tage nach der Operation.

Li.

Prof. Maydl (Prag): **Weitere Erfahrungen über Implantation der Ureteren in die Flexur bei Ectopia vesicae.** (Wiener medicinische Wochenschrift 1899, No. 6—8.)

In seinen zwei früheren Publicationen hat Verf. über fünf eigene Fälle von Implantation der Ureteren in die Flexur bei Ectopia vesicae berichtet, welche viermal mit Erfolg, einmal mit tötlichem Ausgange ausgeführt worden war. Der gegenwärtigen Mitteilung liegen nun fünf weitere Fälle von Ectopia vesicae mit Einpflanzung der Ureteren in die Flexura romana zu Grunde, welche dieses Mal sämtlich von gutem Erfolg begleitet waren. Die Gelegenheit der Veröffentlichung der neuen Fälle benutzt Verf. dazu, um einen Rückblick auf die letzten vier Jahre zu werfen mit Rücksicht auf den Umstand, ob sich die von ihm ersonnene Operation auch anderweitig Freunde erworben habe. Er fand, daß die Operation bis jetzt mehr als 20mal ausgeführt worden ist, und zwar mit sehr gutem, unmittelbarem Erfolge und auch mit tadellosem späteren Verlauf. Die Gesamtmortalität beträgt 1 : 19 und ist somit als unbedeutend zu bezeichnen. Der Erfolg der Operation besteht darin, daß die Patienten harncontinent werden, die Contactschmerzen in Folge der extrophirten Blase verschwinden, da dieselbe bis auf die zu überpflanzende Blasenellipse exstirpirt wird. Allerdings ist die Beobachtungsdauer durchschnittlich noch zu kurz, als daß man von einem Dauererfolg sprechen könnte. Andererseits giebt Verf. unumwunden zu, daß bei seiner Operation die Gefahr einer intestinalen Infection der Niere vorliegt; er erblickt in Folge dessen in der Einnähung einer ganzen Ellipse der extrophirten Blasenschleimhaut mit den darin befindlichen Ureteren einen Vorzug gegen die Implantationen der abgeschnittenen Harnleiter. Der Vorzug dürfte höchstwahrscheinlich darin bestehen, daß an den Ureterenmündungen dabei nicht notwendiger Weise necrotische oder Eiterungsprocesse ablaufen, wie es unvermeidlich ist, wenn in irgend einer Weise quer durchtrennte Harnleiter irgendwo eingepflanzt werden. In der Praxis sind aber Fälle von solcher Infection noch nicht bekannt geworden, obgleich viele bereits über ein Jahr unter Beobachtung stehen.

Lubowski.

VIII. Ureter, Niere etc.

Kelly: **Anastomose des Ureters.** Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 3. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Philadelphia.)

Die Verletzung des Ureters ist ein ziemlich häufiges Vorkommen bei manchen gynäkologischen Operationen. K. hat den Ureter zweimal bei der Enucleation von Uterusmyomen unterbunden, einmal bei der Entfernung des carcinomatösen Uterus. In einem anderen Falle von Hysteromyotomie durchschnitt er den Ureter und vereinigte ihn sogleich, in einem vierten wurde derselbe gangränös und es entstand eine Uretervaginalfistel. Andere haben ähnliche Zufälle zu beklagen gehabt. Windel schätzt bei Totalexstirpationen des Uterus die Häufigkeit der Ureterfisteln auf 2.2 pCt. Um diesen Unfall zu vermeiden, müssen verschiedene Punkte beachtet werden. Zuerst sollten bei allen Operationen wegen Krebs der Gebärmutter zunächst Bougies in die Ureteren eingeführt werden; besonders notwendig ist dies bei der abdominellen Methode, wenn Drüsen und Teile der breiten Mutterbänder mit entfernt werden sollen. Bei der vaginalen Methode ist die Ablösung der Blase von Scheide und Mastdarm und Hinaufschieben derselben mit den Ureteren dringend zu empfehlen. Besondere Sorgfalt ist bei Enucleation intraligamentöser Geschwülste notwendig. Uebrigens kann man sich durch das Gefühl allein von der Lage und Richtung der Ureteren überzeugen, besonders wenn man die Blase zuvor abgelöst hat: man findet ihn vor der Uterinarterie und kann ihn leicht zwischen die Finger fassen und weiter verfolgen. Nach jeder schwierigen abdominellen Operation soll man, bevor man die Bauchwunde schließt, sich erst von der Unverletztheit des Ureters überzeugen. Man sucht denselben bei seinem Eintritt in's Becken unter den Eierstockgefäßen auf; wenn man eine Falte emporhebt, kann man ihn leicht fühlen: ist zu viel Fett vorhanden, so kann man das Bauchfell aufschlitzen, um ihn zu erkennen und von dort aus weiter zu verfolgen. In einigen Fällen, in welchen K. bei zahlreichen Unterbindungen im Becken nicht sicher war, ob er den Ureter nicht mitgefaßt habe, half er sich dadurch, daß er einen kleinen Längsschnitt in denselben beim Eintritt in das Becken machte und von dort ein Bougie in die Blase einführte. Die kleine Wunde wurde durch feine Suturen geschlossen. In einem Falle wurde thatsächlich der Ureter als von Ligatur mitgefaßt angetroffen und befreit. Eine Hauptregel ist, nie seitwärts vom Collum Massenligaturen anzulegen, wenn man die Lage des Ureters nicht genau kennt. Ist der Ureter verletzt, so ist das beste Verfahren, eine Verbindung der oberen Enden herbeizuführen oder das obere Ende in die Blase einzunähen. In letzterem Falle wählt man am besten die seitliche Partie der Blase, wo dieselbe an die breiten Mutterbänder angeheftet ist. Ist der Ureter in seiner oberen Partie, entfernt von

der Blase, durchtrennt, so daß sich ein längeres unteres Ende findet, so kann man beide Enden vereinigen, entweder direct, oder indem man das eine Ende seitlich in das andere einheftet. Wichtig ist es, sich von dem Zustand der Niere zu überzeugen, dieselbe ist manchmal bereits atrophisch und functionsuntüchtig. In diesem Falle kann man sich die Mühe der Zusammenheftung ersparen. Wenn das eine Ende zu kurz ist, so kann man dasselbe auch in den unverletzten Ureter der anderen Seite einpflanzen oder auch in das Rectum. Ist die Verletzung nicht während der Operation bemerkt worden und bildet sich später eine Fistel, so wird das Verfahren verschieden sein, je nach den Verhältnissen; jedenfalls soll man dann mehrere Monate warten, bis jede Entzündung vorüber ist. Die beste Methode für Ureterocystotomie ist die extraperitoneale, wie sie von Fritsch vorgeschlagen und von K., wie er annimmt, zum ersten Mal ausgeführt wurde. Der Erfolg war ein vollkommener, jedoch ging die Kranke später an Pyelonephritis zu Grunde. Immerwahr (Berlin).

Lestrode: **Zur Chirurgie des Ureters, speciell in seiner Beziehung zur gynäkologischen Chirurgie.** (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1898, No. 31, übersetzt im Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 9.)

Seit einigen Jahren nimmt die Chirurgie des Ureters eine Stelle ein, die von Tag zu Tag bedeutender wird Zahlreiche und vorzügliche Veröffentlichungen sind in Frankreich und anderen Ländern über diesen Gegenstand erschienen. Die Arbeit von L. ergänzt gewisse bis dahin wenig berührte Punkte, indem sie ganz besonders auf den Nutzen hinweist, den man aus der Methode der ultraurethralen Panhysterectomie von Chalot auf gewollte oder zufällige operative Verletzungen des Ureters ziehen kann. Im ersten Teil seiner Arbeit behandelt Verf. den Katheterismus des Ureters. Das Verfahren von Pawlik konnte wegen seiner Schwierigkeit nicht angewandt werden; durch die Bemühungen von Nitze, Casper, Albarran gelang es jedoch, den Katheterismus der Ureteren so weit auszubilden, daß er zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken angewandt werden konnte. Gewandte Chirurgen stellen vermittelst dieses Verfahrens fest, ob eine Verengerung im Ureter vorliegt oder ob ein Fremdkörper sich in demselben befindet. Es gestattet ferner, die Erkrankungen jeder Niere abzuschätzen und die absondernde Kraft der einen zu beurteilen, wenn die andere beseitigt werden soll. Die Hydronephrose, die Pyonephrose, die calculären Verstopfungen sind durch den Katheterismus mit Erfolg behandelt worden. Von großem Nutzen ist ferner der Katheterismus bei gynäkologischen Operationen, indem eine in den Ureter eingeführte Sonde Verletzungen desselben bei vaginaler und abdominaler Hysterectomie verhindert. Die Cystoskope von Pawlik, Nitze, Casper und Albarran können bei Männern und Frauen angewandt werden; bei letzteren bietet das Verfahren von Kelly größere Vorzüge. In dem zweiten Teil bespricht Verf. die Methoden zur Wiederherstellung von Continuitätsverletzungen des Ureters. Die Uretero-

Ureterostomie stellt die Continuität des durchschnittenen Ureters wieder her. Sie ist angezeigt in Fällen von durch Unfall hervorgerufenen Verletzungen und von operativen Verletzungen, falls die zwei Enden noch ohne Schwierigkeit zusammengebracht werden können. Die Uretero-Cystostomie hat zum Zweck, den im Verlaufe einer Laparotomie an seinem unteren Ende durchschnittenen oder angeschlitzten Ureter, der mit Uterus oder Vagina eine Fistel bildet, in einen beliebigen Punkt der Blase einzupflanzen. Das Einnähen eines Ureters in den anderen scheint auch physiologisch zu sein; es ist die Aufgabe zukünftiger Versuche, seine Bedeutung darzuthun. Obgleich die Uretero-Enterostomie durch die meisten Experimente, teilweise auch durch die des Verfassers verurteilt wird, kann sie sich auf die klinischen Erfolge Chaput's, Boas' u. A. berufen, um ihre Stellung in der Chirurgie des Ureters zu behaupten. Der neue und besonders interessante Punkt der Arbeit ist die Anwendung dieser Principien der gynäkologischen Chirurgie bei der Methode der ultraurethralen Panhysterectomie von Chalot. Die absichtliche Durchschneidung der Ureteren ist angezeigt jedes Mal, wenn bei der Entfernung einer krebsartigen Geschwulst des Uterus oder der Adnexe das Herauspräpariren der Ureteren unmöglich wird. Sie gestattet dem Gynäkologen, in der Entfernung maligner Geschwülste so weit zu gehen, wie es die Ausdehnung des Neoplasmas erfordert. Der normale Weg für den Urin wird dadurch wieder hergestellt, daß das renale Stück des Ureters in die Blase eingenäht wird. Wenn die Neubildung sich auf den Blasenfundus fortsetzt oder das obere Ende des Ureters zu weit von der Blase entfernt ist, wird dem Operateur nichts anderes übrig bleiben, als den Ureter in den Darm einzunähen. Immerwahr (Berlin).

Le Dentu et Albarran: **Exstirpation totale de l'uretère pour papillome.** (Le progrès médical 1899, No. 9.)

Verff. haben bei einem 34jährigen Manne eine totale Ureterectomie wegen Papillom ausgeführt. Der Ureter wurde dicht am Blasenrande abgeschnitten. Sehr schnelle Heilung mit prima intentio und ohne Zwischenfälle, mit Ausnahme eines Anfalles von Urämie am sechsten Tage nach der Operation, dessen Ursache nicht aufzuklären war, denn die andere Niere wurde gesund befunden. Die histologische Untersuchung zeigte, daß es sich um ein reines Papillom handelte. Immerwahr (Berlin).

Dr. Baldwin: **Vesical Implantation of Ureter.** (Philadelphia Medical-Journal. Ref. nach St. Louis Medical and Surgical Journal, März 1899.)

Bei der Ausführung einer Hysterectomie passirte dem Verf. das Malheur, daß er vom rechten Ureter ein $1^1/_2$ Zoll großes Stück wegschnitt. Es handelte sich um eine Operation wegen Sarcom des Fundus uteri, und das Malheur passirte trotz aller Achtsamkeit des Verfassers in Bezug auf die Ureteren. Die Continuitätstrennung war zu groß, als daß eine Uretero-Anastomose gemacht werden konnte, und so mußte sich Verf. zu einer Implantation des

Ureters in die Blase entschließen. In die Harnblase wurde nun ein Forceps eingeführt und die Blasenwand oberhalb desselben an einer dem Ureter am nächsten liegenden Stelle geöffnet. Während nun die Ränder der Incision mittelst anderer Zange gehalten wurden, wurde das Ureterende mit der in der Blase befindlichen Zange erfaßt und in die Incision der Blasenwand hineingezogen, die dann mit dem Ureter mittelst Catgut vereinigt wurde. Glatter Heilungsverlauf. Vollständige Genesung. Li.

Prof. Soulier (Lyon): **Die Schutzreaction des Organismus.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1899, No. 6.)

Die Schutzreaction des Organismus ist nichts anderes als die alte Vis medicatrix oder richtiger medicatrix naturae des Hippocrates. Verf. beschäftigt sich nun eingehend mit dieser Schutzreaction und versucht, dieselbe in ein Schema zu bringen, wobei er nach einander das Blut, die Leber, die Nieren, das Gesichtsfeld und endlich das Fieber in ihrer Beziehung zur Schutzreaction des Organismus erörtert. Wir entnehmen dieser interessanten Arbeit die sich auf die Nieren beziehenden Ausführungen. Die Nierenfunction bietet das meiste Interesse in klinischer Beziehung, weil sie am leichtesten geprüft werden kann.

1. Zunächst kommt die Schätzung des urotoxischen Grades in Betracht. Vor etwa zehn Jahren schlug Verf. Weill vor, die Wirkung der kalten Bäder auf die Harntoxicität der Typhösen zu studiren. Aus der von ihm im Verein mit Roque ausgeführten Arbeit erhellt, daß die Kaltwasserbehandlung die Ausscheidung der Toxine durch den Harn außerordentlich steigert und damit die Blutreinigung in hohem Grade fördert. Möglicherweise aber vermögen die kalten Bäder durch einen Einfluß auf den Gefäßtonus die Permeabilität der Niere zu erhalten und die Schutzreaction zu steigern, was weder die Darmantiseptica noch die synthetischen Antipyretica zu thun vermögen.

2. Die Stickstoffausscheidung und die Beziehung des Gesamtstickstoffes zum Harnstoff liefern wertvolle Daten zur Schätzung der Schutzreaction. Marenghi hat erst jüngst einen gewissen Parallelismus zwischen Stickstoff- und Harnstoffmenge im Harn bei Pferden, die gegen Diphtherie immunisirt sind, und dem Heilwert dieses Serums nachgewiesen.

3. Die Ehrlich'sche Diazoreaction verdient nach Verf. ganz besondere Studien, namentlich im Vergleich zur schützenden Leukocytose. Die Diazoreaction verrät das Vorhandensein von Zerfallsproducten im Harn, die durch den leukolytischen Proceß bedingt sind, und andererseits scheint ja die Leukocytose eine vorausgegangene Leukolyse, welche die alt gewordenen Elemente betrifft, als Bedingung ihrer Entwicklung vorauszusetzen.

4. Ausscheidung von riechenden Substanzen. Pollosson machte den Verf. eines Tages auf die Bedeutung aufmerksam, die einer von ihm mehrmals beobachteten Thatsache zukäme: In mehreren Fällen von Puerperalsepsis, in welchen er subcutane Injectionen von Terpentinöl vorgenommen hat, entstand nämlich weder Eiterung, noch bekam der Harn den bekannten

Veilchengeruch. Verf. meint, daß diesen Fällen sich auch jene anschließen können, bei denen Vesicantien keine Blasen hervorrufen. Es handelt sich offenbar um einen Mangel jeder Schutzreaction. Dieser Mangel bildet eben den hectischen, febrilen oder nicht febrilen Zustand der acuten Krankheiten, der ebenso wie die Cachexie der chronischen ein Beweis dafür ist, daß nichts Gesundes im Organismus vorhanden ist, daß es sich um einen Zerfall totius substantiae in der ganzen Strenge des Wortes handelt. Dieser vollständige Mangel an organischer Abwehr erklärt die Malignität oder Perniciosität einer Krankheit besser, als die Intensität oder Virulenz des infectiösen Agens. Lohnstein.

Sillner: **Ueber einen Fall von Erkrankung durch Bacillus proteus.** (Wiener med. Blätter 1899, No. 5.)

Die pathologische Wirkung des B. proteus zeigt sich in phlegmonösen Entzündungen und Gasbildung in den Geweben oder in hämorrhagischen Entzündungen innerer Organe. In dem vom Verf. beobachteten Falle begann die Erkrankung mit Erbrechen, welches später blutig wurde, und Appetitlosigkeit und zeigte im späteren Verlaufe sehr schwere Symptome: Delirien, raschen Verfall, spärlichen Urin mit viel Eiweiß und Blut, aber wenigen granulirten Cylindern. Die Obduction ergab eine schwere hämorrhagische Entzündung des Intestinaltractus mit nach abwärts abnehmender Intensität, ferner hämorrhagische Nephritis. Im Erbrochenen fanden sich Reinculturen von Bacillus proteus, ebenso im Magen; die Milz und das Blut waren frei von Proteus. Die schweren Krankheitserscheinungen waren durch Stoffwechselproducte der Bacillen hervorgerufen. Immerwahr (Berlin).

Bar: **Note sur l'anatomie de la dégénérescence cystique congénitale des reins.** (Le progrès médical 1899, No. 4.)

Bei der Entwicklung der cystischen Degeneration der Nieren unterscheidet Verf. drei Stadien. Im ersten Stadium beobachtet man die Bildung von sehr ödematösem Schleimgewebe, ohne eine Spur von fibrösem Gewebe. Späterhin, wenn die Veränderung sich ausgebildet hat, findet man eine große Menge fibrösen Gewebes um die Harncanälchen herum. Das sclerosirende Gewebe umgiebt ausschließlich die Harncanälchen und fehlt um die Gefäße. Zwischen diesen beiden Stadien giebt es eine Phase, in welcher sich die Veränderung organisirt; in diesem mittleren Stadium ist die fibröse Schicht, welche die Harncanälchen umgiebt, sehr dünn. Es handelt sich also um eine pericystische Nephritis, die absolut von der klassischen interstitiellen Nephritis verschieden ist, denn bei letzterer dominirt der sclerosirende Proceß um die arteriellen Gefäße. Immerwahr (Berlin).

Brindeau et Mazé: **Dégénérescence cystique congénitale des reins.** (Le progrès médical 1899, No. 4.)

Verff. haben drei Fälle von cystischer Nierendegeneration bei Neugeborenen beobachtet. In zwei Fällen war sozusagen kein Bindegewebe

vorhanden; die Cysten wurden durch erweiterte Canälchen gebildet, welche mit einer einzigen Schicht Plattenepithelien bekleidet waren. Im dritten Falle bestand eine pericystische Sclerose; die Cysten waren teils mit Platten-, teils mit Cylinderepithelien ausgekleidet. Das erscheint jedenfalls sicher, daß die Theorie, es handele sich hier um eine interstitielle Nephritis, nicht richtig sein kann, da in den beiden ersten Fällen jedes sclerosirende Gewebe fehlte. Vielleicht sind diese Veränderungen epithelialen Ursprungs.

Immerwahr (Berlin).

L. Duncan Bulkley (New-York): **On the Treatment of deficient Excretion from Kidneys not organically Diseased.** (The New York Medical Journal, 5. November 1898.)

Die ungenügende Ausscheidung gesunder Nieren beruht häufig auf einer fehlerhaften Zusammensetzung des Blutes, auf Magen-, Leber- oder Darmaffectionen. Diese müssen zunächst einer Behandlung unterworfen werden. Unterstützen kann man die Nierensecretion durch Diuretica; in erste Reihe stellt Bulkley das Wasser, das natürlichste und beste Diureticum. Seine Wirkung kann erhöht werden durch die Steigerung seiner Temperatur; am meisten empfiehlt sich der Genuß heißen oder warmen Wassers vor den Mahlzeiten. Die Wirkung der Mineralwässer beruht auf der Regelmäßigkeit, mit der sie genommen werden, auf der Entfernung der Patienten aus ihrem Beruf und der exacten Befolgung der ärztlichen Vorschriften; ihr Wassergehalt ist der Hauptfactor der Wirkung. Von Mineralsalzen haben sich dem Verf. am meisten Kal. acetic. bewährt, auch Salpetersäure ist empfehlenswert. Auch warme Milch, eine Stunde vor dem Essen genommen, bewährt sich als Diureticum bei ungenügender Ausscheidung von Urin bei organisch intacten Nieren.

Blanck (Potsdam).

Guélon: **Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins.** (Le progrès médical 1899, No. 4.)

Alle Nierenerkrankungen sind im Stande, Geisteskrankheit zu verursachen, und zwar durch Autointoxication, d. h. durch Urämie. Häufig besteht schon eine Prädisposition. Alkoholmißbrauch begünstigt den Ausbruch der Geistesstörungen. Die Symptome, durch welche sich besonders die urämische Geisteskrankheit bemerkbar macht, sind Stupor mit Stumpfsinn, oder Verwirrtheit und Hallucinationen. Der Stumpfsinn wird häufig von cataleptischen Erscheinungen begleitet. Im Verlaufe einer chronischen Verrücktheit manifestirt sich die intercurrente Urämie durch unabhängige psychische Symptome wie Stupor und Stumpfsinn, oder es tritt eine definitive Demenz ein.

Immerwahr (Berlin).

Achard: **L'exploration clinique des fonctions rénales et la glycosurie phloridzique.** (Le progrès médical 1899, No. 6.)

Mit Phloridzin kann man experimentell Diabetes erzeugen; wenn aber die Nieren nicht intact sind, wird durch Phloridzin keine Glycosurie hervor-

gerufen. Man gewinnt dadurch ein neues Mittel, die Nieren zu untersuchen. Man injicirt subcutan 5 mg Phloridzin und untersucht vom Augenblicke der Injection an den Urin auf Zucker; natürlich muß man sich vorher davon überzeugen, daß das betr Individuum nicht an Glycosurie leidet. Wenn die Nieren gesund sind, so erscheint der Zucker innerhalb dreier Stunden im Urin, und seine Menge schwankt zwischen 0,5 und 2,5 g. In der Mehrzahl der Fälle, wo man aus anderen Symptomen auf eine gestörte Nierenfunction schließen kann, fehlt der Zucker Mehrere Sectionsbefunde haben den Wert dieser Untersuchungsmethode bestätigt, welche darum die anderen Untersuchungsmethoden nicht ausschließt. Immerwahr (Berlin).

Dr. Reynolds (Boston): **The Diagnosis of the Condition of Each Kidney by Inoculation of the Separated Sediments Into Guinea-Pigs in Suspected Renal Tuberculosis.** (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital 1898, No. 92.)

Es ist eine bekannte Thatsache, daß bei renaler Tuberculose sehr häufig nur die eine Niere erkrankt, während die andere vollkommen gesund ist. In solchen Fällen vermag man durch rechtzeitige Exstirpation der tuberculös degenerirten Niere eine weitere Infection des Organismus zu verhüten und den Patienten auf diese Weise von sicherem Untergang zu retten, da die überbleibende gesunde Niere bekanntlich auch gesteigerten Anforderungen zu genügen vermag. Leider scheitern die guten Aussichten auf Erfolg manchmal in Folge der enormen Schwierigkeiten, mit denen eben die Feststellung verbunden ist, welche Niere erkrankt ist. Zwar haben wir gegenwärtig in dem verbesserten Uretercystoskop von Casper ein Mittel, den Harn jeder Niere schon gleich beim Austritt aus dem Nierenbecken gesondert aufzufangen. Aber der Zweck, zu dem der Harn gesondert aufgefangen wird, d. h. die Auffindung von Tuberkelbacillen im Harn, wird nicht immer erreicht. Für solche Fälle empfiehlt nun Verf., den mittelst Uretercystoskops gesondert aufgefangenen Harn Meerschweinchen, die bekanntlich für Tuberculose sehr empfänglich sind, zu injiciren. Falls der Harn wirklich einer tuberculösen Niere entnommen wurde, so wird derselbe bei dem Versuchstiere eine tuberculöse Affection hervorrufen. Diese einfache Methode hat Verf. bereits in einem Fall mit vorzüglichem Erfolg angewandt.

Lubowski.

Prof. v. Korányi (Budapest): **Ueber die Bedeutung der Kost bei der Diagnose der Niereninsufficienz auf Grund der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes.** (Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 5.)

Bekanntlich kann die Frage, ob bei einer Nierenkrankheit bereits Retention stattfindet, oder eine ausreichende Compensation vorhanden ist, aus der Untersuchung des Harns nur in wenigen extremen Fällen mit voller Sicherheit gelöst werden. Wohl aber kann diese Frage mit außerordentlicher

Schärfe beantwortet werden, sobald man nicht den Harn, sondern das Blut des Patienten untersucht. Es ergab sich nämlich aus den Erfahrungen des Verf.'s, daß das Blut gesunder Menschen eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,56° aufweist und daß sie mehr als 0,56° beträgt, sobald die Nierenarbeit ungenügend wird. Eine Zunahme dieser Zahl ist ein äußerst empfindliches Reagens für die Niereninsufficienz. Die klinischen Erfahrungen des Verf.'s lehren, daß die Bestimmung von der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes von besonderer Wichtigkeit für die Nierenchirurgie sein kann, indem sie das sicherste und empfindlichste Verfahren zur Entdeckung der Niereninsufficienz darstellt und außerdem den großen Vorzug, durch Zahlen ausdrückbare Resultate zu liefern, besitzt. Die neuesten Untersuchungen des Verf.'s hatten nun zum Zweck, zu erfahren, ob und inwiefern verschiedene, von der Nierenkrankheit unabhängige Bedingungen auf den osmotischen Druck des Blutes Nierenkranker einwirken können. Im Fall es sich herausstellen sollte, daß bei bestehender Niereninsufficienz die größere oder geringere Gefrierpunktserniedrigung des Blutes außer dem Grade der Niereninsufficienz auch von anderen Umständen mit bestimmt wird, würde daraus folgen, daß diese Umstände bei der Krankenuntersuchung genau berücksichtigt zu werden verdienen, soweit es auf das Erreichen von zahlenmäßig vergleichbaren Resultaten ankommt. Diese Versuche zeigten in der That, daß die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes hochgradig von der Kost abhängig ist, sobald Niereninsufficienz besteht, und zwar, daß die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes bei Niereninsufficienz in erster Linie davon abhängt, wie viel Kohlehydrate dem Organismus zur Verfügung stehen. Bei Mangel an Kohlehydraten nimmt die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes bedeutend zu. Wenn man berücksichtigt, daß geringe Mengen von Aceton die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes bedeutend vergrößern können und daß der Mangel an Kohlehydraten die Bildung des Acetons aus Eiweiß befördert, so liegt der Gedanke nahe, daß die starke Zunahme der Gefrierpunktserniedrigung des Blutes bei Niereninsufficienz und Kohlehydrathunger durch Acetonämie bedingt ist. M. L.

E. Herczel: **Zwei Fälle von Nierenfixation wegen Wanderniere.** (Pester medicinisch-chirurgische Presse 1899, No. 7.)

1. 26jährige Patientin, Fixation nicht an die XII. Rippe, da die Pleura sehr tief herabreichte, so daß sie schon bei der Durchschneidung der Bauchmuskeln eine minimale Verletzung erlitt, sondern an den Rand der durchschnittenen Musc. transv. und obliquus. Heilung per primam; subjective Beschwerden vollkommen beseitigt.

2. 25jährige Patientin, seit zwei Jahren leidend. Rechte Niere etwas vergrößert, bei tiefer Inspiration ihre unteren zwei Drittel gut palpabel, zwischen den Fingern hin und her schlüpfend, der untere Pol an der Crista ilei; nach Angabe der Patientin liegt die Niere manchmal im Darm-

beinteller, und ist sie zu solchen Zeiten geschwollen und schmerzhaft. Harn normal. Operation in Chloroformnarcose, Fixation an die XII. Rippe. Verlauf fieberfrei, Heilung p. p. Subjective Beschwerden behoben, Gewichtszunahme.

Li.

Watson Cheyne (London): **A case of haematuria from a movable kidney cured by nephrorrhaphy.** (British Medical Journal, 7. Januar 1899.)

Eine 40jährige, unverheiratete Frau litt im Anschluß an einen Fall auf den Rücken seit 13 Jahren an intermittirender Hämaturie und Schmerzen in der rechten Nierengegend, die durch Bewegungen sich steigerten, in der Ruhe aber fast verschwanden. Der Ureterenkatheterismus ergab, daß das Blut aus dem rechten Ureter kam. Steinbildung, Tuberculose und Neoplasma ließen sich ausschließen. Die diagnostische Nephrotomie ergab eine starke Beweglichkeit der rechten Niere; dieselbe wurde festgenäht. Seitdem sistirt die Blutung, und die Patientin fühlt sich so wohl, daß sie ihre Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Die Hämaturie muß auf die Unterbrechung der venösen Circulation zurückgeführt werden, die aus der Beweglichkeit der Niere resultirte.

Blanck (Potsdam).

Ueber Nephrotomie. Discussion zu dem Vortrag von Guyon und Albarran: De la néphrotomie. (Congrès français de chirurgie, 17. October 1898. Revue de chirurgie 1898, 11. Cf. Monatsberichte 1899, S. 124.)

Le Dentu will die Aufmerksamkeit der Aerzte auf chronische Entzündungen der Nieren lenken, welche durch ihre Symptome eine Lithiasis vortäuschen; er hat in einem solchen Fall, welcher Jahre dauerte, bei der Incision der Niere bläuliche Verfärbung und leichte Buckelung der Substanz gefunden und Heilung erzielt. Eine solche Explorativincision ist berechtigt, wenn keine andere Therapie hilft und die Erkrankung schon lange andauert; vorher soll man nach Freilegung der Niere dieselbe mit Stichen einer geeigneten Nadel auf die etwaige Anwesenheit von Steinen untersuchen; die Durchtrennung der Niere bis zum Becken hindert keineswegs eine Prima intentio; kommt diese nicht zu Stande, so hat sich etwas septischer Harn in die Wunde ergossen.

Tédénat hat zehn dilatirte Steinnieren operirt; einmal hat er dabei die Nephrectomie ausgeführt, der Patient starb nach einem Jahr an Anurie in wenigen Tagen. Sechs Nephrotomirte heilten, bis auf einen Patienten, drei Monate nach dem Eingriff. Viermal wurde bei annähernd gesunden Nieren die Nephrolithotomie gemacht. Eine Patientin verlor Th; sie litt an einem Sförmigen, 10 cm langen Stein in einer retrouterin gelagerten Niere; seit mehreren Wochen bestand ein perinephritischer Abscеß im Douglas; die Steinextraction war leicht, doch der Sepsis erlag die Kranke.

Léonte hat 20 Nephrectomien, 7 Nephrostomien ausgeführt; zweimal hat er die Nephrotomie als Explorativincision gemacht. Vor der Exstirpation der Niere macht er immer den Sectionsschnitt, um sich von der Schwere der Erkrankung zu überzeugen. Bei einer rechtsseitigen renalen Hämaturie fand sich nur eine Hydronephrose, der Ureter war frei; der Stein wurde später in der Blase gefunden, wahrscheinlich von der Uretersonde nach unten fortgeschoben. In einem Fall von Anurie mit wahrscheinlicher Calculosis renis dextri war die rechte Niere congestionirt und vergrößert; die Autopsie wies den Stein im linken Ureter nach. Fünfmal wurde die Niere offen gehalten; dreimal bei Pyonephrosis calculosa, einmal bei vereiterter Hydronephrose, einmal bei einfacher Hydronephrose. In diesen Fällen war der Ureter völlig verlegt. L. betrachtet die Nephrotomie als eine Palliativoperation, denn sie kann uns einen Ausflußweg für in der Niere retinirte septische Producte schaffen; sie ist nur anzuraten bei umschriebener Erkrankung, bei gleichzeitiger Erkrankung der anderen Niere und bei Obstruction des Ureters, alles Anzeigen bei Steinen und Eiterungen; ist die andere Niere aber gesund, so macht er die Radicaloperation, d. h. er nimmt das kranke Organ heraus; daher überwiegen in seiner Statistik die Nephrectomien.

Reynier meint, daß nur bei Steinen die Nephrotomie die im Referat gelobten Dienste thut; fast immer kommt es zu Fisteln, an denen die Kranken schwer leiden. Er zieht deshalb die primäre Nephrectomie vor und macht die Nephrotomie nur im Notfall. Von 12 Nephrotomien hat er nur eine definitive Heilung und fünf operative Todesfälle gehabt; dreimal war später die Nephrectomie nötig, zweimal blieben Fisteln zurück.

Bazy macht sehr große Incision und hält die Annähung der Nierenränder an die Haut für unnütz oder unmöglich; nach der Operation legt er von der Niere aus einen besonderen Katheter durch das Nierenbecken in den Ureter, um ihn offen zu halten und in den ersten Tagen vor Verstopfung mit Blutgerinnseln zu behüten. Die Pyonephrosen erstrecken sich oft weit unter die Rippen. Die Prognose der Nephrotomie hängt von vielerlei Umständen ab, besonders vom Zustand der anderen Niere; weder Harnanalyse noch Ureterenkatheterismen gaben hierfür eine Erklärung; am besten scheint B. die Probe mit Methylenblau. Bei Eiterungen soll man die Nephrotomie möglichst bald machen, bevor irreparable Schädigungen des Organs entstanden sind. Kranke Nieren secerniren oft mehr als gesunde Organe. Bei 50 Nephrotomien war B. genötigt, zweimal den Eingriff zu wiederholen, dreimal die Nephrectomie folgen zu lassen. Manche Patienten haben ohne Beschwerden Nierenfisteln seit Monaten und Jahren.

Tuffier hat 57 Nephrotomien ausgeführt. Er weist auf die Häufigkeit von Abscessen im Nierengewebe (besonders im Zwischengewebe von Höhlen) und auf den Vorfall von Nierengeschwülsten durch die lumbale Incision hin; er legt den Schnitt möglichst hoch nach oben an. Dreimal operirte er transperitoneal in Folge von Fehldiagnosen. Bei der transperitonealen Nephrotomie soll man das parietale mit dem prärenalen Bauchfell zusammen-

nähen. Ausser Retentionen in der Niere können noch Schmerzen der Niere, Hämaturien unbekannten Ursprungs und Nephritiden Anzeigen zur Nephrotomie geben; am häufigsten öffnet man die Niere wegen Steine. Bei Tuberculose soll man lieber das Organ entfernen.

Doyen will die Nephrectomie nur im äußersten Notfall bei sicher gesunder zweiter Niere machen; er glaubt, das Secret der einzelnen Nieren getrennt bei geschickter Compression des entgegengesetzten Ureters aus der Blase entnehmen zu können. Einen Kranken mit nach der Pleura durchgebrochener Pyonephrose hat er mit der Nephrotomie geheilt. Bei Tuberculose giebt die Nephrotomie oft erst die Diagnose. Ein Kranker, welchem er vor 11 Jahren die tuberculöse Niere mit dem größten Teil des Ureters entfernt hat, ist heute gesund.

Pousson hat von 23 wegen verschiedener Erkrankungen Nephrotomirten nur zwei im urämischen Coma (achten und zwölften Tag) Operirte verloren. Die nicht inficirten Nieren heilen nach der Operation schnell; bei 9 inficirten Nieren entstanden 7mal Fisteln, 4mal war die secundäre Nephrectomie nötig, ein Patient starb an einer anderen Erkrankung, einer ist noch in Behandlung. Je früher man die Nephrectomie bei eiternden Nieren macht, desto besser ist die Prognose. Ferner hält er jede Nierencolik für eine Indication der Nephrotomie, da die Operation nicht nur die gefährdete Niere entlastet, sondern auch die Wanderung des Steines begünstigt.

Michaux hält zwar die zeitige Nephrotomie für eine gute Operation. In Fällen mit weit vorgeschrittenen Veränderungen der Nieren sind die augenblicklichen Resultate durch die Erleichterung der Kranken gute, man soll sich aber nicht täuschen lassen, solche Patienten gehen schließlich alle an ihrer Nierenerkrankung zu Grunde; heilen könne man sie nicht.

Legueu hat eine Neuralgia renalis durch die Nephrotomie geheilt. Bei einer schon vor der Operation stark blutenden Kranken mit doppelseitiger Steinniere führte eine Blutung am achten Tage zum Exitus. Bei Anuria calculosa sucht L. den Stein durch die Nephrotomie, nicht durch die Ureterotomie zu entfernen; ist der Stein entfernt und der Ureter durchgängig, so näht er die Niere sofort. Bei Pyonephrosen muß man natürlich drainiren. An Nierenfisteln sind entweder nicht eröffnete Nierenabscesse oder Erkrankungen des Ureters die Ursache der Fistel. Bei Perinephritis soll man immer die Niere öffnen.

Albarran unterscheidet drei Arten Nierenfisteln nach der Nephrotomie.

1. Harnfisteln. Sie entstehen nur, wenn Hindernisse im freien Abfluß durch den Ureter vorliegen, sei es, daß Nierenbecken oder -Kelche anderweit verletzt sind, sei es, daß der Ureter durch Verengerung, falsche Insertion oder zu dicke Constanz der zu entfernenden Secrete nicht durchgängig ist, alles mit Ausnahme der Tuberculose. Einlegen des Ureterdauerkatheters hat Albarran in drei Fällen Heilung der Fistel gebracht; bei einem vierten Fall mußte die Insertion des Harnleiters am Nierenbecken geändert werden. Bei länger bestehenden Nierenfisteln legt man, falls die Analyse des mit dem Ureterkatheter aufgefangenen Harns die Erhaltung

der Niere wünschenswert erscheinen läßt, Ureterkatheter à demeure ein, welche man täglich mit einer stärkeren Nummer (bis 12 Ch.) vertauscht. Meist erfolgt rascher Schluß der Fistel; bleibt trotzdem eine Nierenretention bestehen, so hat der Ureter entweder sein Caliber nicht wieder erlangen können, oder er hat eine anormale pathologische renale Insertion; demgemäß muß man handeln. Ist der Ureter überhaupt nicht durchgängig, so muß man Resectionen, Neueinpflanzungen in die Blase u. s. w. vornehmen.

2. Reine Eiterfisteln sind meist perirenalen Ursprungs. Erweist der Ureterenkatheterismus den Zusammenhang mit der Niere, so muß das zerstörte Organ entfernt werden, falls man nicht mit breiter Incision und Auskratzung alle renalen und perirenalen Herde eröffnen kann.

3. Bei Harneiterfisteln giebt auch der Harnleiterkatheter Kunde, ob der Eiter aus der Niere oder aus perinephritischen Herden stammt; ist letzteres der Fall, so greift man extrarenal ein und heilt damit die Fistel. Mit plastischen Operationen am erkrankten Harnleiter soll man vorsichtig sein und dieselben erst secundär machen; oft bilden sich Harnleitererkrankungen nach der Nephrotomie zurück.

Phocas nephrotomirte in den letzten zwei Jahren vier Frauen, einmal wegen Tuberculose, einmal wegen vereiterter Steinniere, zweimal wegen ascendirender Pyonephrose. Immer Lumbalincision; in allen Fällen blieb eine Fistel zurück; die Tuberculose starb nach einem Jahre; einmal postoperative Manie. Die drei übrigen Operirten gehen trotz der Fistel ihrer Beschäftigung nach.

Delbet hat bei einem 60jährigen Patienten, welchen er in extremis operirte, bei tuberculöser Pyonephrose durch Entleerung des Eiters und wiederholte Auskratzung des käsigen Gewebes mittelst der Nephrotomie einen vorzüglichen Erfolg erzielt, trotzdem eine Fistel persistirt.

Loumeau hatte unter 24 Nephrotomirten vier Todesfälle, welche kaum der Operation zuzuschreiben sind. Fünfmal kam nach Naht primäre Reunio zu Stande, viermal kam es zu Fisteln nach der Operation (zweimal nachher Nephrectomie!).

Jonnesco führte drei Nephrotomien bei aseptischen Erkrankungen der Nieren, vier Nephrectomien (zwei lumbare, zwei transperitoneale) wegen Stein- oder Tuberkelniere mit einem Todesfall aus. Letzterer fiel bei einer ectopischen calculösen Hufeisenniere durch Reflexanurie vor; nur der kranke Teil der Niere war entfernt worden. J. ist ein Freund der Nephrolithotomie und des primären vollständigen Verschlusses bei aseptischen Nierenleiden, der Exstirpation bei calculösen oder tuberculösen Pyelonephrosen. Die Nephrostomie ist nur ein Notanker, wenn man das Organ aus irgend einem Grunde (Erkrankung der anderen Niere, zu innige Verwachsungen, zu große Schwäche des Kranken etc.) nicht entfernen kann.

Lavaux vermißt bei der ganzen Discussion die richtige Würdigung der Pathogenese der Erkrankungen.

Chibret berichtet über eine Nephrotomie am sechsten Tage bei Anuria totalis; eine Nierencolik vor 15 Jahren; es wurde kein Stein gefunden, trotz-

dem erfolgte Heilung. Die Niere war um's Doppelte vergrößert, dunkelviolett, das Gewebe morsch und leicht zerreißlich; eine solche Beobachtung ist noch nicht beschrieben. Mankiewicz.

Reynier (Paris): **Néphrectomie pour hématurie consécutive à une traumatisme.** (Société de chirurgie, 11. Januar 1899.)

R. berichtete über einen Fall von traumatischer renaler Hämaturie, die so schwerer Natur war, daß man sich zur Exstirpation der Niere entschließen mußte. M. L.

I. Dr. Hans Wagner (Breslau): **Ueber die Diagraphie von Nierensteinen.** (Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 8.)

II. Leonard (Philadelphia): **Dasselbe.** (Ibidem.)

I. W. gelang es in zwei Fällen, von Nierensteinen Röntgenbilder zu erhalten. In dem ersten Falle handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, das mit einer Fistel in der linken Nierengegend eingeliefert wurde. Aus der Fistel wurden in 24 Stunden ca. 100 ccm wässerigen Secrets secernirt, in dem keine Urinbestandteile nachgewiesen werden konnten. Trotzdem wurde das Secret als aus der Niere stammend angenommen, wobei vorausgesetzt wurde, daß die Nierensubstanz völlig degenerirt sei. Auf der Röntgenphotographie sah man vier Steine, einen größeren, dessen Form und Größe völlig dem Nierenbecken entsprach, und drei kleinere, etwa von Erbsengröße. Der Befund nach Röntgen wurde durch die Operation völlig bestätigt. Die zweite Patientin war eine 38 Jahre alte Frau, die schon mit leichten septischen Erscheinungen in die Klinik gebracht wurde. In der linken Nierengegend fand sich eine ausgedehnte Dämpfung, die auf einen perinephritischen Abscess bezogen wurde; als Ursache für letzteren wurde ein Stein in der Niere angenommen. Die Annahme wurde durch die Röntgenphotographie gesichert, es erschien auf dem Bilde ein circa wallnußgroßer Stein. Der Abscess wurde durch Incision entleert. Patientin starb, bevor es zur Nierenexstirpation kam; die Section brachte den Stein zu Tage. Beide Steine bestanden aus phosphorsaurem Calcium und Magnesium neben geringen Mengen von phosphorsaurem Ammoniak.

Durch diese beiden Fälle ist die Möglichkeit erwiesen, selbst unter erschwerten Verhältnissen Röntgenbilder von Phosphatsteinen zu erhalten. Bezüglich des Verhaltens der Urate und Oxalate gegenüber den X-Strahlen hat Verf. experimentelle Untersuchungen angestellt und ist dabei zu dem Schlusse gelangt, daß in dem chemischen Verhalten der Steine kein Hinderungsgrund ist, diagraphische Bilder von ihnen zu erhalten, und daß die Mißerfolge anderer Beobachter auf andere Momente zu beziehen sind. Von größter Bedeutung scheint in dieser Richtung neben der Qualität der Röhren die Expositionszeit zu sein. Wählt man nämlich diese letztere nur ein wenig zu lang, so treten die Weichteilcontouren immer mehr zurück, während sich die Knochen schärfer hervorheben. Die Consequenz dieser Thatsache ist:

die leichter durchleuchtbaren Körper müssen kürzere Zeit exponirt werden, wenn man von ihnen überhaupt Bilder erhalten will.

II. Leonard führt den Unterschied in der Durchlässigkeit der verschiedenen Nierensteine auf die Verschiedenheit der Röntgenröhren zurück. Bekanntlich unterscheidet man weiche und harte Röhren. Die harten Röhren finden in ihrer Durchleuchtungskraft fast keinen Widerstand, während die weichen Röhren Differenzirungen zwischen den sonst leicht durchleuchtbaren Geweben, wie Fett, Muskeln, Sehnen etc., zu Stande bringen. Verf. hat bisher Gelegenheit gehabt, in 17 Fällen Nierenaufnahmen zu machen, eben mit weichen Röhren; in allen diesen Fällen erhielt er den Nierenschatten; in 11 Fällen fand er Nierensteine, in 6 Fällen fehlten solche. Die Operation resp. die Section bestätigten seine Befunde. L. faßt seine Arbeit in folgenden Thesen zusammen:

1. Je nach dem Vacuum der Röhre sind die „Röntgenentladungen" verschiedenartig. Diese Verschiedenheit prägt sich in ihrer durchleuchtenden Kraft aus. Die Strahlen einer weichen Röhre sind geeignet, die wenigst dichten Gewebe zu differenziren.

2. Die vervollkommneten, selbstregulirbaren Röhren ermöglichen in einer „weichen" Röhre eine so genügende Anzahl „Röntgenentladungen" zu erzeugen, daß die Lendengegend durchleuchtet und eine Differenzirung zwischen Nieren und umgebendem Gewebe dabei erreicht wird.

3. Die sichere Diagnose der An- oder Abwesenheit aller Arten von Nierensteinen ist durch klinische Versuche als möglich erwiesen worden. 11 Fälle sind daraufhin operirt, und in jedem Falle ist die Diagnose in allen Einzelheiten bestätigt worden.

4. Diese Methode der Diagnose ist gefahrlos für den Patienten. Ihre mathematische Genauigkeit sichert die Entdeckung aller anwesenden Steine und ihre vollständige Entfernung durch eine Operation.

5. Es ist ferner die einzige diagnostische Methode, welche vor der Operation positiv sicherstellen läßt, ob eine oder beide Nieren Steine enthalten.

6. Die Sicherheit, ja Harmlosigkeit der Methode gebietet ihre möglichst frühe Anwendung. Die dadurch gesicherte Frühdiagnose kann die Schwere der Nierensteinoperation und ihre Mortalität herabsetzen. Lubowski.

Rendu: **Maladie d'Addison.** (Le progrès médical 1899, No. 9.)

Ein Patient hatte keine Vermehrung des Hautpigmentes, aber Pigmentflecke auf der Lippenschleimhaut; bei der Section fand sich auf der einen Seite eine Tuberculose der Nebennieren. Ein anderer Patient bot das typische Bild des Morbus Addisonii; die Pigmentation war besonders auf der Zunge ausgesprochen. Der Kranke wurde mit Nebennieren vom Kalb behandelt, und zwar nahm er eine täglich; er bekam aber Oedeme und Albuminurie und starb nach zehn Tagen. R. glaubt, daß Patient in Folge von Intoxication durch die Nebennieren gestorben ist. Bei der Section wurden die Nebennieren sehr verändert und eitrig gefunden. Immerwahr (Berlin).

IX. Technisches.

Oscar Kraus: **Nouvel enduit pour sondes.**

Die Sterilisation der Harnröhren-Blaseninstrumente setzt sich aus drei Factoren zusammen: 1. der ausgiebigen Reinigung, 2. der Trockenmachung und 3. der Sterilisation im engeren Sinne. Von der Klinik abgesehen, ist eine Reinigung der Instrumente in der Sprechstunde oder beim Kranken selbst eine durchaus schwierige. Die Hauptschuld trägt daran das Einführungsmittel, welches ja meist aus fettigen Substanzen besteht. Wird dieses aber nicht genügend entfernt, so vermag das Desinficiens nicht genügend einzuwirken, und das Instrument kann für mindestens mehrere Stunden nicht benutzt werden. Außerdem haben die bisherigen Einfettungsmittel noch den Nachteil, daß sie selbst bereits nicht aseptisch sind, wie dieses für das Carbolöl etc. nachgewiesen ist. Außerdem greifen die bisherigen Mittel auch den Lack der Gummikatheter etc. an. Aus diesem Grunde hat Barlow bereits das Glycerin als Einfettungsmittel empfohlen. Da das Glycerin aber öfter ein leichtes Gleiten der Instrumente verhindert, so empfahl Guyon eine Combination von Seife und Glycerin. Da aber diesem Mittel auch noch einige Nachteile anhaften, so kam R. zu folgender durchaus empfehlenswerten Mischung:

Gummitragant	2,5
Glycerin	10,0
Carbolwasser (3 pCt.) . .	90,—

Kalt verreiben.

Dieses Mittel löst sich leicht in Wasser, garantirt ein gutes Gleiten und bleibt aseptisch. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Richard Huldschiner (Hamburg): **Zur Katheterdesinfection.** (Wiener med. Blätter 1899, No. 8.)

Mit der Entdeckung des Formalins schien die schwierige Frage der Katheterdesinfection in eine neue Phase getreten zu sein. Man überzeugte sich, dass das 24stündige Aufbewahren eines weichen Katheters im Formalindampf ein sicher sterilisirtes Instrument gewährleistet. Leider aber ist ein Uebelstand dabei, der fast Alles wieder verdirbt. Der Formalinniederschlag haftet wie ein feiner Thau am Katheter und verursacht in der Urethra ein heftiges Brennen. Um das zu vermeiden, muß man den Katheter mit sterilem Wasser oder Borsäurelösung ordentlich ab- und durchspülen, und bei dieser weitläufigen Manipulation ist es nicht immer leicht, die Keimfreiheit des Instruments zu wahren. Trotzdem aber wird man in vielen Fällen am ehesten zu dieser Methode der Sterilisation als der relativ sichersten greifen müssen. Noch handlicher wurde sie durch die Herstellung der „Formalithpastillen“ von Schering (Formalinlösung in Kieselguhr auf-

gesaugt), die, in den zur Katheteraufbewahrung benutzten Glascylinder geworfen, dessen Inhalt in 24 Stunden sicher sterilisiren. Für Knopfsonden, die Guyon'schen Capillarkatheter, also dünne Instrumente, die bei der Einführung in die Harnröhre deren Wänden wegen ihres geringen Calibers nicht überall anliegen, ist eine derartige Aufbewahrung thatsächlich auch die beste. Für dickere Instrumente dagegen eignet sich diese Methode nicht. Als Beweis führt Verf. folgenden Fall an:

Es handelte sich um einen 40jährigen Patienten mit für No. 16 Ch. noch durchgängiger Strictur. Dieselbe wurde täglich mit allmählich stärker werdenden elastischen Sonden, die mit Sublimat desinficirt worden waren, dilatirt. Am 15. Tage der Behandlung griff Verf. zu den Formalithpastillen. Am nächsten Morgen gab Patient an, er hätte in der Nacht trotz starken Dranges nicht uriniren können Ein sehr schwer passirender Nélaton, der gleichfalls im Formalindampf sterilisirt worden war, gab eine große Menge Urin. Am nächsten Tage dasselbe Bild, nur daß es jetzt auf keine Weise mehr möglich war, einen Nélaton oder eine elastische Bougie einzuführen, so daß ein Metallkatheter genommen werden mußte. Während des Ausfließens des Urins aus der Blase hatte man das Gefühl, als ob ein weicher Fremdkörper gegen den Katheter puffte und die Entleerung der Blase verzögerte. Eine Stunde nachher urinirte der Kranke spontan und entleerte zwei ungefähr fingergliedlange, wurmförmige, weißgelbe Fetzen, Producte der entzündeten Urethralschleimhaut, wie das Mikroskop ergab. Während der folgenden Tage konnte der Patient überhaupt nicht mehr spontan uriniren. Bei der Einführung von Metallkathetern — andere Instrumente passirten die Harnröhre überhaupt nicht - - hatte man hinter dem Bulbus urethrae stets das gleiche Gefühl, daß die Harnröhre den Katheter spastisch umschloß; der Krampf wich erst nach einigen Minuten steten, gelinden Druckes. Zugleich klagte der Kranke über ein intensives Brennen in der Tiefe des Perinäums. Das Bild war so characteristisch, daß man von vornherein annehmen mußte, Spasmus und Entzündung werden durch den Formalinthau veranlaßt, der trotz Abspülens des Instrumentes demselben offenbar immer noch anhaftet. In der That wichen die unangenehmen Symptome sofort, nachdem nur in Sublimat desinficirte Instrumente eingeführt wurden. Der Kranke urinirte fortan spontan und die Schmerzen in der Urethra schwanden. Versuchsweise führte Verf. nach 10 Tagen abermals eine in Formalith desinficirte Bougie ein, und wiederum stellte sich eine Retentio urinae ein, die erst schwand, als abermals zum Sublimat zurückgegriffen wurde. Auf Grund dieser Krankengeschichte muß man also annehmen, daß das Formalin für die Harnröhre keine gleichgiltige Substanz ist, daß es vielmehr zu Reizung, unter Umständen auch zu lebhafter Entzündung und Krampf des Compressionsmuskels führen kann.

Lohnstein.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Aus der Abteilung des Prof. E. Lang, Primararzt des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Einiges über Harnröhrenstricturen überhaupt und solche seltenerer Form.

Von

Dr. **Eduard Deutsch**, Assistent der Abteilung.

(Schluss.)

Fall II. G. S., 23jähriger Schlossergehilfe, aufgenommen am 22. März 1897.

Patient war früher immer gesund, insbesondere hat er nie früher an Tripper gelitten. Seit December 1896, also seit ca. drei Monaten, leidet er an Harnröhrentripper, wogegen er einen Thee trank. Seit sechs Tagen bemerkt er Schmerzen und Schwellung der linken Hodensackhälfte.

Patient ist groß, kräftig, fieberfrei; die inneren Organe normal. Das Orificium der Urethra ist etwas geschwellt und gerötet; aus ihm entleert sich spontan und besonders auf Druck dünnes, eitriges Secret, in dem Gonokokken nachweisbar sind. Die linke Hälfte des Hodensackes ist zu einem klein-faustgroßen, von geröteter und heißer Haut bedeckten Tumor angeschwollen. Derselbe ist sehr schmerzhaft, derbteigig, und lassen sich Hode und Nebenhode, aus denen er besteht, nicht deutlich differenziren. Auch der gleichseitige Samenstrang zeigt Anschwellung, sowie Druckempfindlichkeit. Prostata und Samenbläschen normal; desgleichen Haut und sichtbare Schleimhäute. Es wurde ein Suspensorium (nach Horand-Lang) angelegt, sowie Urethralspülungen mit Conus angeordnet, und zwar mit einer Lösung von 0,15 g Sublimat und 30 g Natrium bicarbonicum in 1000 g Wasser. Vier Tage nach der Aufnahme trat auch eine Nebenhodenentzündung

mäßigen Grades auf der rechten Seite auf. Die Urethralspülungen machten zunehmend Schwierigkeiten; da das Orificium enge war, wurde es am 2. April unter Cocainanästhesie mit dem Knopfbistouri nach unten erweitert. Bei Einführung eines Dittelstiftes zeigte sich jetzt eine Verengerung der Harnröhre ca. 4 Querfinger hinter der Glansspitze und zwar so hochgradig, daß selbst Bougies filiformes nicht durchgingen; bei zwei Sondirungsversuchen am 6. und 9. April kam etwas Blut. Gleichzeitig konnte man an der Unterseite des Gliedes, 4—5 Querfinger hinter dem Orificium beginnend und sich etwa 3 Finger weit erstreckend, eine derbe, etwas empfindliche Infiltration der Harnröhre fühlen. Der Urin floß nur in dünnem Strahle und mit geringer Kraft ab. Es wurde nun für 10 Tage die Localtherapie der Urethritis ausgesetzt und während dieser Zeit 4,0 g Natr. salicyl. pro die und Thee (Fol. uvae ursi u. Herb. herniar. āā) verabreicht.

Die Trübung des Urins nahm bedeutend ab, ebenso auch die Schwellung und Entzündung der Geschlechtsdrüsen. Am 20. April wurde bei neuerlicher Sondirung von den Bougies filiformes Charr. No. 6 engagirt, Charr. No. 5 passirte leicht und wurde liegen gelassen. Da der Urin nebenher nicht abfloß, mußte nach ca. sechs Stunden die Bougie entfernt werden. Am folgenden Tage wurde nach Ausspülung der Harnröhre und Anästhesirung derselben durch Einspritzung einer 2proc. Eucainlösung die electrolytische Erweiterung der Strictur in Angriff genommen. An der Leitbougie Charr. No. 5 wurde die Electrodensonde, anfangs die lange durch 7 Minuten, dann die kurze durch 3 Minuten bei einer Stromstärke von 1—3—4 Milli-Ampères vorgeschoben und so bei mäßiger Gewaltanwendung erreicht, daß unmittelbar nachher eine Bleibougie Charrière No. 8 leicht passirte; sie wurde ca. fünf Stunden liegen gelassen. Es wurden nun täglich für mehrere Stunden Bleibougies von zunehmender Stärke eingeführt, am 24. April Charr. No. 15; doch zog sich die Strictur wieder zusammen, so daß man am 5. Mai nur mehr No. 13 entriren konnte. Es wurde daher am 11. Mai neuerlich die Strictur electrolytisch erweitert, ganz so wie das erste Mal, nur wurde für ca. zehn Minuten wegen der heftigen Schmerzen leichte Chloroformnarcose eingeleitet. Die Strictur wurde auch entrirt, die Sondenelectrode bedeutend vorgeschoben, so daß der Electrodenknopf bis an das hintere Ende der Strictur gelangte, ohne jedoch die Strictur ganz zu passiren. Gleich darauf konnten Metallsonden Charr. No. 19—22 eingeführt werden. Es wurde nun jeden zweiten Tag eine Sonde für 15 Minuten eingeführt, am 20. Mai Charr. No. 23, später Dittel'sche Stifte, und zwar am 31. Mai Charr. No. 24 nur im Ambulatorium, denn der Patient hatte am 22. Mai

das Spital geheilt verlassen. Der Urin war in der ersten Portion nur unmerklich getrübt, zeigte vereinzelt Fäden, konnte im kräftigen Strahl entleert werden. Die Infiltration der Nebenhoden war nur mehr gering, ebenso die der Harnröhre.

Hier trat die Strictur nach dreimonatlicher Dauer der Gonorrhoe auf, richtiger ausgedrückt, sie wurde erst zu dieser Zeit constatirt. Bei ihrer Hochgradigkeit sowie bei der Größe des Widerstandes, die sie der Erweiterung entgegensetzte, sowie wegen der Tendenz rasch zu schrumpfen, ist die Ausbildung in diesem Zeitraum mit höchster Wahrscheinlichkeit auszuschließen, und wir können nicht umhin anzunehmen, es habe der Kranke in seiner Kindheit eine Gonorrhoe durchgemacht, von der er nichts mehr weiß; die Fälle, daß 3 bis 6jährige Knaben gonorrhoisch inficirt werden, sei es durch Unreinlichkeit (Schwämme), sei es durch Missbrauch, sind gar nicht so selten, in unserer Ambulanz erscheinen alljährlich einige, und einem solchen Kinde kann gewiß die Erinnerung für die seinerzeitige Erkrankung verloren gehen.

Noch unsicherer in der Deutung erscheint Fall III. A. H., 23jähriger Tischlergehilfe, aufgenommen am 7. Juni, gebessert entlassen am 19. Juli 1898.

Als dreijähriges Kind hatte Patient ohne bekannte Ursache Harnverhaltung, wurde katheterisirt und seit dieser Zeit bestehen Harnbeschwerden, indem der Urin oft in zwei Strahlen, oft in dünnem, seitwärts gerichteten Strahl, manchmal gar nicht abgehe. Im Alter von fünf Jahren machte Patient eine Blatternerkrankung durch. Vor zwei Jahren fand er Aufnahme in einem Provinzspitale wegen eines Magen-Darmcatarrhs, der innerhalb einer Woche ablief. Seit Herbst 1897 trat eine Steigerung der früher erwähnten Harnbeschwerden auf, seit 14 Tagen besteht eitriger Ausfluß, ziehende Schmerzen im Gliede, Brennen beim Uriniren und langes Nachträufeln des Urins. Vor zwei Tagen erschien er in dem Ambulatorium der Klinik Neumann, erhielt Balsam. copaiv. und Herb. herniar.

Status praesens. Aus der Urethra entleert sich dünneitriges Secret, die Untersuchung auf Gonokokken ergiebt ein positives Resultat. Die Glans erscheint verdickt, die Urethra in ihrem Glandarteile, sowie 2 cm weit hinter dem Sulcus fast fingerdick, außerordentlich derb. Der dorsale Lymphstrang zeigt über der Mitte des Penis eine ampullenförmige Verdickung und läßt sich als spulrunder, derber, nicht schmerzhafter Strang bis an den Mons veneris erfolgen. Das Uriniren, das für den Kranken einen ziemlich aufregenden, mit Blähung des Gliedes einhergehenden (halbe Erection) Act darstellt, gestaltet sich folgender-

maßen: Zunächst erscheinen einzelne große Tropfen an der Urethralmündung, gleiten von hier an dem Frenulum nach dem Sulcus hin, um von da vermöge ihrer Schwere abzufallen. Nach längerem Pressen erscheint ein nach allen Seiten zersplitterter Strahl, der sich schließlich zu einem 2—3 mm dünnen, nach links gerichteten, drillbohrerförmig gedrehten Strahl sammelt. Sowie der Druck nachläßt, wird der Strahl kraftlos, teilt sich an der Urethralmündung und schließlich tropft die Flüssigkeit in einzelnen schweren Tropfen ab. Drückt man nach dem Uriniren vom Perineum her, so entleert sich auf's Neue Urin in dünnem Strahle wie aus einer Ballonspritze; auch melkt der Patient gewissermaßen noch das Glied aus und bringt durch diese streichenden Bewegungen vom Perineum her noch beträchtliche Urinmengen zum Austritt. Der Urin in allen drei Portionen dicht diffus getrübt; die mikroskopische Untersuchung ergiebt neben zahlreichen Eiterkörperchen auch Blasenepithelien in größerer Menge. Albumen in Spuren, dem Eitergehalt entsprechend.

Die Untersuchung mit Dittelstiften ergiebt: Charr. No. 11 dringt unter ziemlichem Schmerz ungefähr $3^1/_2$ cm tief ein; die Weiteruntersuchung mit dünnen Metallcathetern, dann mit der gewöhnlichen Knopfsonde ergiebt die Impermeabilität der Strictur in ihrem hintersten Anteile für diese Instrumente. Schließlich gelingt es, die Haarsonde auch durch den hinteren Abschnitt des stricturirten Glandarteiles durchzuführen und es wird auf dieselbe hinter dem Callus eingeschnitten, das Urethralrohr eröffnet und die Schleimhaut der Urethra mit der Penishaut vernäht, also eine permanente Fistel angelegt. Beim Versuche die Strictur von hinten her zu passiren, läßt sich jetzt auch die Knopfsonde durchführen.

Patient urinirt durch die Fistel im breiten Strahle und fühlt sich wie erlöst; in der nächsten Zeit wird nach Vernarbung der angelegten Fistelöffnung die Blase mittels Nélatonkatheter mit dünnen Lösungen von Kal. hypermang. ausgespült. Die Versuche, den Glandarteil der Urethra mittels Dittelstiften zu erweitern, wurden fortgesetzt und hierbei auch die Gonorrhoebehandlung aufgenommen; schließlich ließen wir sie bei Charr. No. 19 fallen, denn einerseits waren sie für den Patienten äußerst schmerzhaft, andererseits war in dem mächtigen Callus kaum eine Veränderung wahrzunehmen. Es wurde daher der Plan gefaßt, den narbig-callösen Teil der Urethra zu excidiren und das fehlende Stück plastisch zu ersetzen, dem Kranken also der Vorschlag gemacht, er möge sich die „Narbe" excidiren lassen, damit er durch eine plastische Operation die Fistel verliere. Der Kranke erklärte sich damit wohl einverstanden, verschob jedoch den Termin der Operation auf den

Winter, so daß er am 19. Juli entlassen wird. Bei der Entlassung war der Urin in der ersten Portion leicht getrübt, in der zweiten und dritten fast klar, das Uriniren ohne Beschwerden möglich.

Auch hier sind wir bezüglich der Aetiologie blos auf Mutmaßungen angewiesen, der Möglichkeiten wären drei, Gonorrhoe, Masturbation — d. h. Einbringen von Fremdkörpern von außen her, oder das Eindringen eines spitzen Körpers von innen — Stein. Die erste Annahme glaube ich auf Grund des Sitzes der Strictur mit dem Beginne fast unmittelbar hinter dem Orificium ausschließen zu können, die beiden andern sind nicht nur im Effect, sondern auch in der Deutung gleichwertig; ob der Fremdkörper, der durch sein Eindringen eine Art chronisch plastischer Entzündung hervorbringt, von außen oder innen eingebracht wurde, das zu entscheiden, ist wohl kaum möglich. Daß hier gewissermaßen als eine Art vorbereitender Operation die Urethrotomia externa gewählt wurde, dürfte kein Befremden hervorrufen; es ist ja eine bekannte Thatsache, daß die Stricturen im Glandarteil der Urethra der Dilatation einen besonderen Widerstand entgegensetzen, derselbe entspringt dem heftigen Schmerz, welcher bei Versuchen der Erweiterung auftritt. Auch Dittel hebt den Einfluß der Localität der Strictur auf die Intensität des Schmerzes hervor und sagt: „So z. B. ist die Dilatation jener Stricturen, die innerhalb der Glans, besonders am Orificium cutaneum sitzen, mit so großen aufregenden Schmerzen verbunden, daß ich gewöhnlich die Incision vorziehe". Ganz ähnlich äußert sich auch Lang in „Klinische Zeit- und Streitfragen" 1891: „Indessen würde ich Stricturen am Orificium ein nächstes Mal nicht mehr electrolytisch erweitern. Die Empfindlichkeit der Urethralmündung scheint mir hierfür viel zu bedeutend, weshalb ich hier der Erweiterung durch's Messer den Vorzug einräume".

Dittel's Ausspruch, die Schwierigkeit bei der Behandlung der Stricturen liege nicht in der Dilatation, sondern im Entriren, gilt gewiß nicht für die Stricturen der Pars pendula resp. cavernosa. Man hat, um der letztgenannten Schwierigkeit zu begegnen, die Endoskopie zu Hilfe genommen; auch uns gelang es wiederholt, unter Leitung des Auges mit dem Lang'schen Beleuchtungstrichter, der in seiner jüngsten Modification von mir beschrieben wurde (Wiener medic. Presse 1898, No. 17 u. f.), den Eingang der Strictur einzustellen; doch trafen die Vorteile, die wir uns davon versprachen, nicht zu; es ließen sich wohl Bougies filiformes in die eingestellte Stricturenmündung einführen, aber weiter auch nicht.

Nichtsdestoweniger ergeben sich in der Praxis doch hier und da

Fälle, wo das Endoskop wesentliche Dienste leistet. Einen solchen Fall schildert Lang (Weitere Erfahrungen über die electrolytische Behandlung von Stricturen der Harnröhre, Wiener medic. Wochenschrift 1893, No. 42 u. f.). Es handelte sich um einen Kranken, bei dem bereits einige Monate früher die electrolytische Erweiterung der Strictur mit günstigem Erfolge vorgenommen worden war, wobei auch das Vorhandensein einer alten Fausse route sich ergeben hatte. Das zweite Mal kam er mit Retentio urinae zur Beobachtung. „Mit Metallsonde No. 19 gelangte man an den bullösen Teil, von wo aus das Instrument in fast unmerklicher Weise mit der Spitze nach rechts, aber im Ganzen doch parallel mit der Urethra bis unweit von der Blase vordrang und daselbst Halt machte; per rectum ließ sich das Instrument eine Spur rechts von der Medianlinie bis gegen den prostatischen Teil verfolgen, in die Blase selbst ist es auf diesem Wege nicht zu bringen, dabei kam nicht ein Tropfen Blut zum Vorschein.“ Da es bei wiederholten Versuchen nicht gelang, mit weichen oder starren Instrumenten an der Fausse route vorbeizukommen, so wurde das Endoskop zu Hilfe genommen, unter dessen Leitung sich zunächst ein feiner und nach seiner Entfernung ein stärkerer elastischer Katheter (No. 16, ein dickerer wurde von der Lichtung des Endoskops nicht zugelassen) einführen ließ.

Ueber die Stellung, die dem Endoskop bei Behandlung der Stricturen in jüngster Zeit zugewiesen wurde, will ich später noch sprechen.

Welchen Widerstand aber bereits für stärkere Sonden passirbare Stricturen der Pars glandaris und cavernosa der fortgesetzten Dilatation entgegensetzen, dafür bringt Dittel einzelne Beispiele; so erwähnt er eine Strictur bei einem 15jährigen, unreifen Knaben, bei dem der ganze cavernöse Teil der Harnröhre und der Schwellkörper der Eichel in ein sclerosirtes knorpelhartes Gewebe umgewandelt war. „Sie setzte der Dilatation jene Schwierigkeit und Reactionstendenz entgegen, wie sie sonst nur bei alten Schwundstricturen auftritt.“

Ich schließe hier einen Fall an, der, wenn auch in seinem Verlauf viel milder, doch in mancher Beziehung an den Dittel'schen Fall erinnert; auch unser Fall konnte blos gebessert entlassen werden.

Fall IV. A. Y., 32jähriger Bergmann, aufgenommen am 4. April 1895, gebessert entlassen am 7. Juli 1895.

Patient, der aus gesunder Familie stammt und gesunde Geschwister hat, erinnert sich nicht, je ernstlich krank gewesen zu sein, doch sei er seit seinem 12. Jahre, seit welcher Zeit er constant in Steinkohlenbergwerken arbeitet, wie er sich ausdrückt, „geblütlos“ und leide an der „Bergwerkskrankheit“, als deren Symptome er leichte Ermüdung, Mattigkeit, Einsinken in die Knie, sowie Auftreten von Herzklopfen

und Atemlosigkeit beim Ersteigen auch ganz geringer Höhen angiebt, Erscheinungen, die in der hochgradigen Anämie des Kranken als Folge seiner schlechten und unzulänglichen Ernährung genügend begründet sind. Im November vergangenen Jahres stand er mit Gonorrhoe und Phimose in ärztlicher Behandlung. Acht Tage nach dem Auftreten des eitrigen Ausflusses aus der Urethra habe sich eine Oeffnung am Gliede und einige Zeit später eine zweite Oeffnung, ca. $^3/_4$ cm nach außen von der ersten, gezeigt. Das Uriniren sei auch schon vor seiner Erkrankung, wenn auch ohne Beschwerden, so doch immer nur in sehr dünnem Strahle möglich gewesen; jetzt urinire er sowohl durch die natürliche, als auch die übrigen Oeffnungen. Durch in letzter Zeit besonders unangenehm empfundenes Brennen beim Uriniren fühlt sich der Kranke veranlaßt, das Spital aufzusuchen.

Status praesens. Patient mittelgroß, schlecht genährt, cachectisch, allgemeine Decke blaß, atrophisch, mit einem Stich in's Gelbe. Lungenbefund normal, an der Herzbasis ein präsystolisches Geräusch, in den Halsvenen Nonengeräusche. Die Glans und das vordere Drittel des Penis bretthart infiltrirt, die Urethra läßt sich bis an die Peniswurzel als ein äußerst derber, callöser Strang verfolgen. Im Sulcus knapp am Frenulum und ca. $^3/_4$ cm nach außen je eine Oeffnung eines Fistelganges, die mit der Urethra in Communication stehen und aus denen weißlich-eitriges Secret ausgedrückt werden kann. Beim Uriniren kommt der Harn sowohl aus dem Orificium als aus den genannten beiden Oeffnungen. Das Orificium urethrae stellt einen auffallend kleinen Spalt dar. Drüsen in inguine beiderseits multipel geschwellt, Prostata und Samenbläschen erscheinen nicht verändert. Urin in allen Portionen dicht getrübt, ohne nennenswerte Eiweißmengen. Die Blutuntersuchung ergiebt Poikilocythose, Mikrocythen, Vermehrung der weißen Blutkörperchen, und zwar vorwiegend Leukocythen mit neutrophilen Granulationen; von fremdartigen Formen erscheinen sehr kleine, glänzende, sporenartige und größere amöboide Gebilde von ovoider Gestalt, ein Befund, wie er schweren Anämien z. B. bei Sarcomen entspricht. Da ein malignes Neoplasma ausgeschlossen werden konnte, so läge die Annahme einer perniciösen Anämie mäßigen Grades nahe.

Neben der aus dem obigen Befund sich ergebenden Behandlung in Bezug auf Ernährung u. s. w. wendete man das Augenmerk auf Behebung der Strictur. Dieselbe erwies sich als nicht besonders hochgradig — es passirt Sonde No. 15 (Charrière) —, erstreckte sich jedoch durch die ganze Pars cavernosa; die Sonde wurde jeden zweiten Tag für die Dauer von 20 Minuten eingeführt, das callöse Urethralrohr wurde mit grauem Pflaster belegt. Trotzdem ging die Erweiterung

sehr langsam von Statten und machte geringe Fortschritte; erst nach sechs Wochen gelangte man zur Sonde Charr. No. 20, die bei der Einführung sehr heftige Schmerzen erzeugte und außerordendlich fest engagirt wurde. Wir ließen von jetzt ab den Patienten selbst Dittelstifte No. 20 einführen und entließen ihn in gebessertem Zustande. Bei der Entlassung bestand der Callus noch fast in seiner ursprünglichen Mächtigkeit, die Fisteln hatten sich nicht geschlossen, die Secretion hatte abgenommen.

Die Erklärung des Krankheitsbildes bietet keinerlei Schwierigkeiten. Sehen wir von dem begleitenden Befund der Anämie ab, so läßt sich sagen: Eine sei es mit angeborenem oder erworbenem (Onanie) engen Orificium versehene Urethra erkrankt gonorrhoisch. Erfahrungsgemäß macht sich in diesen Fällen wegen der notwendigen Stauung des Secretes die Neigung zur Bildung periurethraler Infiltration und Abscedirung sehr häufig geltend, und im Anschluß an die Periurethritis kam es innerhalb eines halben Jahres zur Ausbildung einer mächtigen callösen Strictur. Es steht diese Erscheinung auch nicht im Widerspruch mit den Angaben Dittel's bezüglich des Alters der Strictur, da es sich ja um vorausgegangene Abscedirungen handelt.

Es drängt sich nun die Frage auf, konnte oder durfte man mit dem erreichten Resultate zufrieden sein? Ist die Strictur geheilt oder wann ist eine Strictur als geheilt anzusehen? Nahezu allgemein begnügte man sich, die Dilatation so weit durchzuführen, bis Charr. No. 22—24 die Strictur leicht passirte, von derselben nicht festgehalten wurde und eventuell bequem rotirt werden konnte. Daß man oft nicht einmal dieser Anforderung gerecht zu werden vermochte, beweisen die eben angeführten Fälle, und zwar verhalten sich diesbezüglich, d. h. bei den callösen Stricturen der Pars cavernosa und glandaris die verschiedenen Dilatationsmethoden, wie einfache Sondenbehandlung, Urethrotomia interna oder Electrolyse mit nachfolgender Sondenbehandlung ziemlich gleichwertig, die Dehnung läßt sich bis an eine gewisse, mehr oder weniger tief unter unsern Anforderungen stehende Grenze durchführen, über welche wir nicht hinauskommen können. Die Schwierigkeit in der Behandlung dieser Stricturen betont auch Lang, der einzige Verfechter der Dilatation mittels Electrolyse in Oesterreich, in „Die therapeutische Verwertung der Electrolyse, insbesondere bei Stricturen der Harnröhre" (Wiener klinische Wochenschrift 1897, 7) und sagt wörtlich: „Es ist die Electrolyse, wie bereits angedeutet, wegen des notwendigen Entgegenhaltens der Pars pendula beim Vorrücken mit der Electrode um so schwieriger durchzuführen, je weiter nach vorne die Strictur sich befindet", eine Schwierigkeit, die sich in fast

gleicher Weise bei der Sondenbehandlung merkbar macht. Es wurde auch deshalb im Fall III und IV nicht einmal der Versuch gemacht, die Electrolyse zur Erweiterung heranzuziehen.

Sehen wir von dieser Art Stricturen ab, so genügte es, wie erwähnt, bis Sonde No. 24 zu steigen und nun entweder den Patienten in den Gebrauch der Sonde einzuweihen oder ihn noch durch Monate in immer wachsenden Zwischenräumen zu sondiren. Wird dies unterlassen, so kann ebenso wie nach jeder andern Behandlung Recidive eintreten.

War die Strictur geheilt? Hören wir, was Wossidlo (Berliner klinische Wochenschrift 1896, No. 6) sagt: „Endoskopirt man eine nach den bisherigen Vorstellungen als geheilt betrachtete Strictur, so zeigt sich, daß das endoskopische Bild von dem normalen sehr abweicht, vor Allem, daß die Centralfigur einen mehr oder weniger starren, elongirten Trichter bildet, die Krypten sind mit deutlichen periglandulären Infiltraten umgeben u. s. w.“ Der Endoskopie wird nun die Aufgabe eingeräumt, die stricturirten Partien in genauester Controle zu halten; mit dem Endoskop kann man die Grenzen des Infiltrates genau feststellen, kann die successiv erfolgende Verkleinerung (Aufsaugung) desselben verfolgen und endlich Beginn und Ausdehnung etwaiger Recidive genau feststellen. Die Erfahrungen nun, die sich bei der unter endoskopischer Controle weiter verfolgten Dehnung bis über Charr. No. 30 ergeben haben, lehren, daß erst bei diesen höheren Graden der Dehnung sichtbare Besserungen im Aussehen der stricturirten Partien erzielt werden; erst jetzt beginnt das endoskopische Bild sich successive dem normalen zu nähern. Zur Erzielung dieser Weite der Harnröhre werden, solange die Strictur enge ist, Metallsonden bis No. 24, dann der Oberländer'sche oder Kollmann'sche Dilatator angewendet. Die Anforderungen für die geheilte Strictur wären demnach: „Eine endoskopisch constatirte, gut gefaltete, von der gesunden auch nicht durch die Färbung abstechende Schleimhaut mit einer gleichmäßigen, mehr oder weniger glänzenden Epitheldecke, Fehlen jeder Infiltration, Narben ohne Faserung, in der Höhe des Schleimhautniveaus.“

Wie lange eine so durchgeführte Behandlung dauert, ist am ehesten ersichtlich, wenn man erfährt, daß Oberländer den Dilatator blos jeden zehnten Tag anwendet, bei stärkerer Reaction auch noch nach einem längeren Intervall, und daß man nach einer solchen Reaction lieber nochmals die alte Nummer einführt und mit dem Anstieg wartet.

Darin, nämlich in der Dauer der Behandlung, scheint auch der einzige Vorteil dieser neuen Methode zu liegen, ein Vorteil, der auch für die bisher von uns geübte und genügend lange fortgesetzte Dila-

tation zutrifft. Im Uebrigen ist es interessant, daß auch Wossidlo von Recidiven spricht, sie werden um so seltener, je mehr und je länger man die Dilatation geübt hat. So gilt denn auch hier nach wie vor der Grundsatz, immer wieder von Zeit zu Zeit Vollsonden einzulegen.

In Bezug auf die beiden letzten der dargestellten Fälle sei erwähnt, daß sie naturgemäß für diese Methode nicht passen. „Von dieser Behandlung", sagt Wossidlo, „sind resiliente und harte, callöse Stricturen ausgeschlossen." Für solche schlägt er Urethrotomia interna mit event. nachträglicher Dehnung vor, ein Verfahren, über welches ihm eigene Erfahrungen nicht zu Gebote stehen.

Meinem Chef Herrn Prof. Lang spreche ich zum Schlusse für die Anregung zur Publication meinen Dank aus.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Prof. Nagel (Berlin): **Zur Frage des Hermaphroditismus verus.** (Archiv für Gynäkologie 1899, Bd. 58, Heft 1.)

Nach Verf. ist der gegenwärtige Stand der Hermaphroditenfrage der, daß beim Menschen überhaupt keine Zwitterbildung (Eierstock und Hode in demselben Individuum) nachgewiesen worden ist, weder bei Erwachsenen noch bei frühzeitig abgestorbenen Mißgeburten, bei welchen Zwitterbildung vielleicht eher zu erwarten wäre. Beim Schwein ist vereinzelt Zwitterbildung bei Mißgeburten gesehen worden; ein Functioniren der Zwitter dagegen ist beim Säugetier ebenso wenig bekannt wie beim Menschen.

M. L.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Odgen C. Ludlow (New-York): **A fallacious Test for Albumin in the Urine, with Remarks on the best Tests.** (Medical Record, 7. Januar 1899.)

John G. Truax gab vor einiger Zeit eine einfache Probe auf Eiweiß an: Zu 3—4 g Alkohol 1—3 Tropfen des zu untersuchenden Urins zugefügt, giebt einen weißen Niederschlag als positives Resultat. Ludlow hat die

Reaction an 150 Urinproben geprüft, indem er Controlversuche mit den üblichen Proben (Koch- und Heller'sche Probe) anstellte. Es ergab sich, daß tiefgefärbter Urin und hohes specifisches Gewicht auch bei Abwesenheit von Albumen mittelst der Alkoholprobe ein positives Ergebnis hatten. Alkohol fällt also aus dem Urin noch andere Substanzen als Serumalbumin und Globulin, und diese finden sich wahrscheinlich in vielen Proben normalen Urins, aber in solch' großer Verdünnung, daß sie nicht durch Alkohol gefällt werden können; es sind dies Pepton, Hemialbumose, Mucin und das urinfärbende Blut. Die besten Proben auf Eiweiß im Urin sind die Kochprobe, die Heller'sche Probe und von allen die genaueste und handlichste die Roberts'sche (ein Teil reiner Salpetersäure mit fünf Teilen einer filtrirten, gesättigten Lösung von Magnesiumsulfat gemischt wird dem Urin unterschichtet). Bei den letzteren beiden Contactproben sind Täuschungen durch Harnsäure, salpetersauren Harnstoff und Harzsäuren leicht zu vermeiden.

Blanck (Potsdam).

E. Riegler: **Eine neue empfindliche Reaction auf Gallenpigmente.** (Wiener med. Blätter 1899, No. 12.)

20 ccm Harn werden mit 5 ccm Chloroform versetzt und ca. 2 bis 3 Minuten durchgeschüttelt, dann läßt man das eine Emulsion darstellende Chloroform sich $^1/_2$ Stunde lang absetzen und gießt dann die wässerige Schicht ab. Zu dem Chloroform gießt man 6 ccm Alcohol absolutus, um die Emulsion in eine ziemlich klare Lösung zu verwandeln. Zu dieser gießt man 2 ccm einer Para-Diazonitranilinlösung und schüttelt ordentlich durch. Die ganze Mischung nimmt dann eine mehr oder weniger rote Farbe an, und das nach sehr kurzer Zeit rot gefärbte Chloroform scheidet sich am Boden des Reagensglases ab. Normaler Harn, in obiger Weise behandelt, erteilt dem Chloroform eine reine, hellgelbe oder weingelbe Farbe. Enthält der Harn aber nur Spuren von Gallenfarbstoff, so nimmt das Chloroform eine orangerote Farbe an.

Immerwahr (Berlin).

Chalmers Watson (Edinburgh): **Uric acid and gout: Some Points in the Physiology of Uric acid.** (The British Medical Journal, 28. Januar 1899.)

Die Ansichten über die Bildungsstätte der Harnsäure gehen noch weit auseinander. Die einen Autoren geben die Leber, andere die Nieren, wieder andere die Milz, Thymus u. s. w. als Ort für die Entstehung der Harnsäure an. Watson hat es nun unternommen, mit Hilfe neuerer Untersuchungsmethoden die Resultate früherer Forscher zu controliren, er untersuchte das Blut von Vögeln, einer Schlange und von Säugetieren und hierauf die Eingeweide dieser Tiere. Seine Resultate lassen keinen Schluß auf die Stätte der Harnsäurebildung zu, zweierlei hat er aber festgestellt: 1. daß sich Harnsäure im Blute der Vögel findet uud 2. daß sich kein Anhalt findet zur

Stütze der Ansicht von Garrod und Luff, wonach die Niere die Hauptbildungsstätte der Harnsäure sei. Im Uebrigen resumirt Verf. seine Resultate folgendermaßen:

1. Harnsäure fand sich im Blute, in der Leber und in den Nieren der Vögel. Die absolute Menge war größer in der Leber, als in den Nieren.

2. Harnsäure fand sich in dem eine verhältnismäßig große Menge Blut enthaltenden Herzen, in der Leber, den Nieren und dem Darminhalt der Schlange. Die absolute Menge war größer in der Leber als in der Niere. Eine verhältnismäßig große Menge wurde im Darminhalt gefunden.

3. Von den Säugetieren fand sich:

a) bei dem Hund und der Ratte keine Harnsäure im Blute, in der Leber, in den Nieren und der Milz;

b) nur Spuren von Harnsäure fanden sich im Blute eines Lammes. Beim Schaf und Kalb war die absolute Menge der Harnsäure in der Leber größer als in den anderen Organen, die Nieren enthielten weniger als die Milz, die letztere schien einen höheren Procentgehalt als die beiden anderen Organe zu enthalten. Ueber den Zusammenhang von Harnsäure und Gicht findet sich in dem Aufsatze nichts, der Hinweis hätte daher in der Ueberschrift fehlen können. Blanck (Potsdam).

DDr. Schreiber u. Waldvogel (Göttingen): **Beiträge zur Kenntnis der Harnsäureausscheidung unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen.** (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1899, Bd. 42, Heft 1.)

Die Verff. gelangten auf Grund ihrer in der medicinischen Klinik zu Göttingen (Ebstein) ausgeführten Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist unzulässig, die Ausscheidung der Harnsäure einerseits zur Ausscheidung des Gesamtstickstoffes, sowie des Harnstoffes und zur Acidität des Urins andererseits in constante Beziehung zu bringen.

2. Bei der durch die Nahrung gelieferten Harnsäuremenge spielen individuelle Verhältnisse eine große Rolle, bei der durch Körpersubstanzzerfall gelieferten sind unter normalen Verhältnissen die Werte ziemlich constant.

3. Erhöhter Körpereiweißzerfall macht nicht immer Harnsäure-Vermehrung.

4. Rein vegetabilische Kost vermag die Harnsäureausscheidung nicht aufzuheben, rein animalische kann ohne Erhöhung der Harnsäuremenge nur eine starke Xanthinbasen-Vermehrung zu Stande bringen.

5. Excesse im Essen und Trinken können zu starker Harnsäure-Vermehrung und zum Ausfallen der Harnsäure führen.

6. Salicylsäure macht entweder Harnsäure- oder Xanthinbasen-Vermehrung oder beides.

7. Die in pathologischen Fällen seither gemachten Beobachtungen fordern zur weiteren Prüfung auf, da sie nur wenig Bemerkenswertes enthalten. M. L.

Marion Dorset (Washington): **A new Stain for the Bacillus tuberculosis.** (The New York Medical Journal, 4. Februar 1899.)

Dorset empfiehlt als vorzügliche Färbemethode für Tuberkelbacillen die von ihm angegebene und erprobte mit Sudan III. Sie lässt sich schnell ausführen, giebt ein absolut zuverlässiges Resultat, ist nur für die Tuberkelbacillen charakteristisch. Smegmabacillen bleiben ungefärbt und können nicht zur Verwechslung Anlass geben, die Methode ist also ein vorzügliches Differenzirungsmittel in Fällen, wo beide nebeneinander angetroffen werden, wie im Urin. Die auf gewöhnliche Weise fixirten Präparate werden 10 Minuten in einer kalten gesättigten 80 pct. alkoholischen Lösung von Sudan III gefärbt, dann 5—10 Minuten in 70 pct Alkohol von dem Farbstoffüberschuss befreit. Tuberkelbacillen erscheinen in ihrer charakteristischen Form rot gefärbt. Blanck (Potsdam.)

Dr. Plósz: **Ueber Diabetes und Fettbildung aus Kohlehydraten.** (Pester med.-chirurg. Presse 1899, No. 12.)

Verf. hat unter Mitwirkung von Doctor und Pozsony Untersuchungen angestellt, um den Ort festzustellen, an welchem aus den in den Darmcanal eingeführten Kohlehydraten Fette entstehen. Diese Untersuchungen führten nun zu dem Ergebnis, daß die Leber die Stätte darstellt, an welcher aus Zucker Fette entstehen. Die Consequenzen dieses Untersuchungsergebnisses greifen in verschiedene physiologische und pathologische Anschauungen verändernd ein. Namentlich wird durch dieses Factum die Fettbildung als ganz normaler Proceß hingestellt, welcher nicht nur bei Ueberfluß von Nahrung vor sich geht, sondern nach jeder Mahlzeit stattfindet, welche mit Aufnahme von Kohlehydraten einhergeht, nur daß in dem einen Falle das gebildete Fett sofort weitere Verwendung findet, im anderen dagegen als Brennmaterial aufgestapelt wird. Auf pathologischem Gebiete erleidet nach obigem Untersuchungsergebnisse namentlich die Anschauung über den diabetischen Zustand eine Verschiebung. Auf Grund der bisher bekannten Thatsachen wird im Allgemeinen angenommen, daß die Hyperglykämie als Folge der verminderten Zuckerzerstörung auftritt, wobei sowohl Zersetzung, als Oxydation und Umwandlung verstanden wurde. Wenn auch angenommen werden mußte, daß der Zucker außer der Oxydation auch anderweitigen Veränderungen unterliegt und namentlich Material zur Fettbildung bietet, so war sowohl die Art, als der Ort der Umsetzung unklar. Durch die Entdeckung der Fettbildung in der Leber ist das physiologische Schicksal des Zuckers festgestellt und der Unterschied zwischen physiologischer und diabetischer Glykolyse gegeben. Im physiologischen Zustande wird der der Leber zugeführte Zucker in dieser letzteren zu Fett umgesetzt und geht dann als solches der weiteren Oxydation entgegen; im diabetischen Zustande dagegen wird der Zucker nicht zu Fett verwandelt, sondern bleibt im Blute gelöst, veranlaßt die Hyperglykämie und diese die Meliturie. Der unklare Proceß der Glykolyse wird hier durch den concreten Vorgang der Fett-

bildung ersetzt und als Ort dieses Vorganges die Leber bezeichnet. Der diabetische Zustand ist demnach laut dieses Befundes als Folge einer fehlerhaften Function der Leber, nämlich der mangelhaften Fettbildung anzusprechen und die Ursachen des Diabetes als Ursachen dieser mangelhaften Function zu betrachten. Das experimentelle Resultat der Fettbildung, von welchem hier die Rede ist, läßt die Frage der Glykogenie unberührt und der Zusammenhang beider Processe muß erst durch weitere Untersuchungen festgestellt werden. Lohnstein.

Rumpf (Hamburg): **Ueber Eiweissumsatz und Zuckerausscheidung beim Diabetes mellitus.** (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 9.)

Verf. hat an einem Diabetiker, dessen Harn keine Oxybuttersäure enthielt, während sieben Tage täglich 50 g buttersaures Natron verabreicht. Der vergohrene Harn, welcher vorher 0,08—0,1 links drehte, zeigte schon nach drei Tagen eine geringe Zunahme der Linksdrehung, welche am achten Tage bis auf 0,22 aufstieg. Es gelang, aus dem Destillat eine Substanz zu gewinnen, welche zwar nicht völlig rein war, aber dem Schmelzpunkt nach zum großen Teil als α-Crotonsäure angesprochen werden mußte. Dieser Befund spricht dafür, daß im Innern des Körpers die Buttersäure in Oxybuttersäure übergeführt werden kann. Da aber Buttersäure aus Fett entstehen kann, so dürfte die Möglichkeit der Bildung der Oxybuttersäure aus Fett kaum bestritten werden können. Alle diese Momente sind für die Annahme einer Zuckerbildung aus Glycerin von Interesse. Es wird aber weiterhin die Frage neuer Erwägung bedürfen, ob nicht im Innern des Körpers aus gewissen Fettsäuren Zucker gebildet werden kann. Seegen hat diesen Uebergang aus vergleichenden Untersuchungen von Blut der Vena portarum und der Lebervene als sicher bezeichnet, doch sind seine Angaben bestritten worden. Eine Wiederaufnahme entsprechender Versuche wird aber in hohem Maße erwünscht sein. Wie aber auch die Antwort auf diese Frage lautet, das Eine dürfte aus den mitgeteilten Untersuchungen hervorgehen, daß bei schweren Fällen von Diabetes der aus dem Organbestande ausgeschiedene Zucker zum Teil auf die Entstehung aus Fett zurückgeführt werden kann und daß diese Anschauung in Untersuchungen von E. Fischer und E. Külz über das Glycerin eine wesentliche Stütze findet. Die Ausscheidung der flüchtigen Fettsäuren und vielleicht auch der Oxybuttersäure würde bei dieser Annahme auf einer Fettzersetzung im Körper beruhen. Allerdings scheint die Zuckerbildung aus Fett nicht stets in Anspruch genommen zu werden. Ob aber nicht im Verlauf des Diabetes ein mannigfacher Wechsel in dieser Inanspruchnahme statthat, ob je nach individuellen Verhältnissen bald das Eiweiß, bald das Fett in höherem Grade zur Zuckerbildung herangezogen wird, muß die Zukunft lehren. M. L.

Gerhardt und Schlesinger (Straßburg i. E.): **Ueber die Kalk- und Magnesia-Ausscheidung beim Diabetes mellitus und ihre Beziehung zur Ausscheidung abnormer Säuren (Acidose).** (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1899, Bd. 19, Heft 1.)

Die wichtigsten Ergebnisse ihrer Arbeit fassen die Verfasser in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Die Ausscheidung des Kalkes im Harn geht beim Gesunden und beim Diabetiker der Ammoniakausscheidung parallel und ist wie diese durch Alkalizufuhr herabdrückbar.

2. Unter dem Einfluß abnormer Säurebildung (Acidose) nimmt die Kalkausfuhr mit dem Harn besonders hohe Werte an.

3. Durch Säuerung im Organismus bedingte Verarmung an Alkali führte bei einem speciell zu den Versuchen gewählten schweren Diabetiker zu Knochenzerfall mit vermehrter Ausscheidung von Kalk und Magnesia.

4. Unter dem Einfluß abnormer Säurebildung ändert sich das gewöhnliche Verhältnis der Ausscheidung des Kalkes im Harn und in den Fäces in dem Sinne, daß die Hauptmasse des Kalkes mit dem Harn ausgeschieden wird.

5. Bei Alkalimangel scheint Magnesia im Organismus zurückgehalten zu werden.

Bei den Versuchen ergab sich als Nebenbefund:

6. Bei kohlehydratfreier Nahrung und knapp bemessener Eiweißzufuhr tritt beim Gesunden anscheinend regelmäßig neben Aceton und Acetessigsäure Oxybuttersäure auf, und zwar auch bei erhaltenem Stickstoffgleichgewicht. M. L.

Teschemacher (Neuenahr): **1231 Fälle von Diabetes mellitus.** (Centralblatt für Harn- und Sexualorgane 1899, No. 3.)

Von den oben angegebenen 1231 Fällen gehörten 875 dem männlichen, 356 dem weiblichen Geschlecht an. Beide stehen also ungefähr im Verhältnis von 3 : 1. Auf die einzelnen Altersklassen verteilen sich dieselben folgendermaßen:

1—10	Jahre	= 4	Fälle
10—20	„	= 14	„
20—30	„	= 41	„
30—40	„	= 143	„
40—50	„	= 358	„
50—60	„	= 449	„
60—70	„	= 175	„
70—80	„	= 46	„
80—90	„	= 1	„
Summa		1231	Fälle.

Mithin ist das 40. 50. Lebensalter am meisten für den Diabetes mellitus disponirt. Die Hauptzahl der Diabetiker liefern die Großstädte und insbesondere die semitische Race. Die Beschäftigungsart ist nicht von großer Bedeutung, jedoch neigen Leute, welche sich viel geistig beschäftigen, mehr zu dieser Krankheit. Eine sehr wichtige Rolle spielt die Erblichkeit. Eine Uebertragung von einem Gatten auf den anderen dürfte kaum anzunehmen sein. Sehr bedeutsame Momente sind ferner Fettleibigkeit, Gicht. Hervorzuheben sind ferner Gelegenheitsursachen, wie Trauma, heftige psychische Erregungen, übermäßige geistige Anstrengung. Weniger kommen Tabes dors. und Lues in Betracht. Auch zu acuten und Infectionskrankheiten (4 Fälle) gesellt sich Diabetes hinzu, insbesondere zu Influenza. Ja auch in Folge Erkältung (2 Fälle) kann Diabetes entstehen.

Alle diejenigen Fälle (763), bei denen innerhalb einer vierwöchentlichen Kur der Zucker vollständig oder bis auf Spuren verschwindet, rechnet Verf. zu den leichten, alle übrigen zu den schweren Formen. Sehr wichtig ist der sogenannte intermittirende Diabetes, bei dem in Folge eines Diätfehlers oder einer anderen Gelegenheitsursache wieder Zucker auftritt. Bezüglich der Symptome ist nichts Besonderes zu erwähnen. Unter den Medicamenten behaupten die alkalischen Mineralwässer von Karlsbad, Neuenahr und Vichy die erste Stelle. Jedoch wird, „wo der Diabetes mit Erkrankungen der Lunge, des Herzens, der Nieren (Nephritis), großer Reizbarkeit des Darmes und Neigung zu Diarrhoen einhergeht, dem Neuenahrer Sprudel vor dem unter solchen Umständen stark reizenden und schwächenden Karlsbader Wasser der Vorzug gegeben werden müssen." Häufig thun Codein und Jambul gute Dienste. Die Prognose hängt von der Form ab. Bei der schweren Form und jugendlichen Individuen verläuft die Krankheit oft sehr rapid. Die Anwesenheit von Acetessigsäure im Urin ist ein sehr übles Zeichen. Dagegen darf das Fehlen des Kniephänomens als ein solches nicht gelten. Von ungünstigem Einfluß pflegt auch die Schwangerschaft zu sein. Meistens tritt Partus praematurus mit allen seinen bösen Folgen ein. Stockmann (Königsberg).

Dr. Lenné (Neuenahr): **Zur Ernährungstherapie des Diabetikers.** (Vortrag, gehalten auf der 20. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft in Berlin. Deutsche Medicinal-Zeituug 1899, No. 24.)

Die Ernährungsfrage des Diabetikers fand vor Kurzem an dieser Stelle (cf. diese Monatsberichte, Heft 3, Seite 139 u. ff.) eingehende Erörterung in der Wiedergabe der Arbeit von Terray. Wir wollen in Folge dessen von den Ausführungen Lenné's nur die wichtigsten Punkte hervorheben. Vortragender teilt den Standpunkt, daß der Diabetiker nicht nur bezüglich der Kohlehydrataufnahme, sondern auch betreffs der Eiweißzufuhr ganz bestimmten Beschränkungen unterliegt, weit mehr als der normale Organismus. Abgesehen davon, daß überreiche Eiweißzufuhr keine Er-

höhung der Kraftproduction, der Wärme- und Arbeitsleistung bedingt, tritt für den Diabetiker noch die Thatsache hinzu, daß der Zucker, welcher zur Ausscheidung kommt, häufig dem Eiweiß entstammt, daß in manchen Fällen die Glycosurie nur durch zu reichliche Eiweißernährung unterhalten wird. Es ergiebt sich daraus, daß die hochprocentigen Eiweißbrote, also auch das Günther'sche Aleuronatbrot, nicht als das zweckdienlichste Gebäck für den Diabetiker zu erachten sind; vielmehr müßte als solches das Brot angesehen werden, welches einen möglichst geringen Eiweißgehalt hat. Aber selbst der Kohlehydratgehalt des Aleuronatbrotes läßt dasselbe in der Form, in welcher die Kohlehydrate in demselben enthalten sind, nicht als das zweckdienlichste erscheinen. Während man nämlich sonst bei Herstellung eines Brotes eine möglichst feine Zerkleinerung des Getreides anstrebt, müßte man für ein zweckdienliches Diabetikerbrot gerade das Gegenteil fordern; denn je weniger das Diabetikerbrot ausgenutzt wird, um so vorteilhafter ist es für die Diabetikerernährung. Das Brot hat beim Diabetiker in erster Reihe doch nur die Aufgabe, dem Kranken den Ausfall eines ihm unentbehrlich erscheinenden Nährstoffes zu erleichtern; die Nahrhaftigkeit solcher Diabetikerbrote kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Vortr. möchte fast als Ideal eines Diabetikerbrotes ein Gebäck bezeichnen, welches schmackhaft und bekömmlich, aber, sofern es sich um Eiweiß und Kohlehydrat handelt, nicht nahrhaft ist. Diesem Ideale entsprechen die grobkörnigen Brote weit mehr, als die Aleuronatbrote, welche erstere so mangelhaft und langsam resorbirt werden, daß sie in viel größeren Mengen verabreicht werden können, um so mehr, als sie eine weit erheblichere Fettzugabe gestatten, als die Aleuronatbrote.

Bezüglich des Fettes ist Vortr. gleichfalls der Ansicht, daß es in möglichst großen Quantitäten verabreicht werden soll, am zweckmäßigsten mit Gemüse. Nur hat man das Fett zum Gemüse nur allmählich zuzusetzen und das letztere mit dem Fett langsam schmoren zu lassen; es tritt auf diese Weise die innigste Durchtränkung der vom Wasser möglichst befreiten Pflanzengewebe mit Fett ein.

Das Obst kommt nur als Reiz- und Genuß-, nicht als Sättigungsmittel in Betracht. Bei geeigneter Zubereitung kann man selbst größere Mengen der meisten Obstsorten genießen lassen.

Was den Alkoholgenuß betrifft, so beharrt Verf. auf dem Standpunkte, daß derselbe in angemessener Menge zu gestatten ist. Als Calorienspender und Anregungsmittel hält Vortr. den Alkohol in der Diät des Diabetikers für unersetzlich. Die angemessenste Form des Gebrauches sind nicht zu schwere reine Weine, weiterhin Branntwein mit entsprechenden Mengen Quell- oder kohlensauren Wassers verdünnt. Thee, Kaffee, Cacao sind als anregende, den Appetit erhaltende Mittel bei der Ernährung des Diabetikers kaum zu entbehren.

Bezüglich der Verabreichung von Milch spricht sich Vortr. in positivem Sinne aus; es empfiehlt sich, die Milch in kleineren Mengen öfters am Tage zu verabreichen; saure Milch und Kefir dürften noch empfehlenswerter sein,

da sie weniger Milchzucker enthalten. Kommt man auf diese Weise nicht zum Ziel, so empfiehlt es sich, einen Versuch mit künstlicher Milch zu machen, namentlich mit der Rose'schen Diabetikermilch der Rheinischen Nährmittelwerke, die ganz frei von Milchzucker ist. Außerdem ließ sich durch erhöhten Fettzusatz zu dieser Milch eine Fettdiät in der angenehmsten Weise durchführen. Lohnstein.

Dr. Albu: **Ueber den Einfluss starker Muskelthätigkeit (Radfahren) auf den Diabetes.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 11—12.)

Die Frage, ob Diabetiker radfahren dürfen, ist in den letzten Jahren an den Verf. mehrfach gerichtet worden, ohne daß er in der Lage war, eine auf wissenschaftliche Thatsachen sich stützende Antwort geben zu können. Auf die bekannte Erfahrungsthatsache hin, daß Muskelarbeit zuweilen einen günstigen Einfluß auf die Zuckerausscheidung bei leichtem Diabetes ausübt, hat Verf. seit 1896 eine Reihe vorsichtiger Versuche angestellt, die den Nachweis erbracht haben, daß selbst in schweren Fällen von Diabetes die Muskelthätigkeit zuweilen einen Heilfactor bildet, welcher der Regelung der Diät an Wert nicht nur gleichkommt, sondern vor derselben als weit milderes Verfahren gerade für die schweren Diabetiker sogar den Vorzug verdient. Die günstige Wirkung der Muskelthätigkeit bei Diabetes beruht auf folgender physiologischer Basis:

Es ist jetzt ein allgemein anerkannter physiologischer Grundsatz, daß, während das Eiweiß hauptsächlich zum Aufbau und Erhaltung des Körperbestandes gebraucht wird, die Muskelthätigkeit von den Kohlehydraten abhängig ist. Untersuchungen am ausgelösten, überlebenden Muskel haben erwiesen, daß in den arbeitenden Muskeln das Blut reicher an Kohlehydraten einströmt, als ausströmt. Das Kohlehydrat der Muskeln ist das Glycogen, das dort während der Ruhe aufgespeichert wird, und teils dort aus Eiweiß gebildet, teils von der Leber dorthin abgegeben wird. Das Glycogen ($C_6H_{11}O_5$) wird vom arbeitenden Muskel in Zucker ($C_6H_{12}O_6$) umgewandelt, welches sich teilweise in Fleischmilchsäure ($C_3H_6O_3$) umsetzt, teils direct in Kohlensäure und Wasser zerfällt. Ferner ist noch erwiesen, daß der arbeitende Muskel auch Zucker zerstört, welcher im Blut circulirt. Nun ist es aber für den Diabeter nicht gleichgiltig, sondern von großem Vorteil, wenn der Zucker nicht ganz durch die Nieren ausgeschieden, sondern zum Teil in den Muskeln verbrannt wird. Deshalb ist es rationell, daß der Diabetiker seine Muskeln soweit in Anspruch nimmt, als ihr Ernährungs- und Kräftezustand ihm gestattet, anstatt diese zuckerzerstörende Kraft des Organismus unausgenutzt liegen zu lassen. Einfaches Spazierengehen erfüllt den gedachten Zweck garnicht oder nur in sehr geringem Maße. Dazu bedarf es energischer Muskelthätigkeit, wie sie die meisten Sportübungen bedingen, namentlich Bergsteigen und Radfahren. Nur muß der Verordnung angestrengter Muskelthätigkeit für einen Diabetiker die methodische Prüfung ihrer Wirkung vorangehen. Erst wenn der Vorversuch ein günstiges

Resultat giebt, darf man dieses Heilmittel empfehlen und wird dann noch gut thun, von Zeit zu Zeit seine Wirkung zu controliren, namentlich unter Heranziehung der Stickstoffanalyse zur Ermittelung etwaiger Störungen im Eiweißstoffwechsel. Vorbedingung für diese Therapie sind kräftige Herzthätigkeit, guter Ernährungszustand, vollgespannte und kräftige Muskulatur. Die Stärke der Glycosurie bildet an sich keine Contraindication. Manchen Diabetiker wird man durch vorsichtige, langsam steigende Dosirung an stärkere Muskelthätigkeit gewöhnen können, die ihm anfangs zu schwer fiel. Wenn man z. B. Radfahren anwenden will, läßt man in solchen Fällen die Uebungen zweckmässig auf dem Dreirad beginnen. Sobald sich das Gefühl der Ermüdung bei der Muskelthätigkeit schnell einstellt, ist das Zeichen dafür gegeben, daß der Kranke dafür nicht geeignet ist. Auf der anderen Seite ist es selbstverständlich, jede Ueberanstrengung, wie sie z. B. beim Radfahren leider häufiger als bei anderen Sportsübungen vorkommt, streng zu vermeiden. Man soll die an die active Muskelthätigkeit zu stellenden Anforderungen jedenfalls nicht zu hoch schrauben und sich damit zunächst begnügen, auf diesem Wege die Kohlehydrate zu zerstören, welche mit der Nahrung eingeführt werden. Der Organismus kommt in eine viel schwierigere Lage, wenn die Muskelübungen bei reiner Fleischkost vorgenommen werden, dann läuft er Gefahr, darauf mit einer erhöhten Eiweißzersetzung zu antworten, indem der arbeitende Muskel sich selbst, d. h. seinen eigenen festen Eiweißbestand angreift. Nach dem Gesagten ist es ratsam, bei der schweren Form des Diabetes in noch viel höherem Maße, als bei der leichten, die Muskelübungen bei kohlehydrathaltiger Kost anstellen zu lassen, um ganz allmählich mit der Menge der Kohlehydrate herunter zu gehen. Auf diese Weise darf man denn nach den nun schon zahlreich genug vorliegenden günstigen Erfahrungen mit Sicherheit eine steigende Toleranz der Diabetiker für Kohlehydrate erwarten. Die Muskelübungen schließen sich am vorteilhaftesten dem Genuß der Kohlehydrate unmittelbar an, man lasse sie deshalb nach dem ersten, bezw. zweiten Frühstück und nach der Mittagsmahlzeit vornehmen. Lohnstein.

Roget et Balvay: **Guérison d'un cas de coma diabétique par des injections massives du sérum artificiel.** (Lyon médical 1899, 2, 42.)

Ein 20jähriger Arbeiter, schwer neuropathisch belastet, syphilitisch, Potator strenuus, leicht reizbar, vor neun Monaten an Malaria erkrankt, war vor fünf Jahren gestürzt und mehrere Stunden besinnungslos geblieben; überdies hatte er letzten Winter mehrfach Blut gespuckt. Seit einem Monat leidet er an Schmerzen der ganzen linken Körperseite und Anschwellung des linken Beines. Bei der Aufnahme zeigt er Gehörshallucinationen, herabgesetzte Sehschärfe, Schwellung des linken Beines und enorme Harnmengen, welche viel Zucker enthalten; schon am ersten Tage mehrfach epileptiforme Krämpfe, an die der Patient sich nicht erinnert; bis zu 300 g Zucker werden

in 24 Stunden ausgeschieden. Später findet man Spuren Aceton und Oxybuttersäure im Urin; einige Tage darauf Coma mit epileptiformen Anfällen. In den nächsten sechs Tagen wurden dem Kranken 8500 ccm 7‰ Chlornatriumlösung, davon 2 l intravenös, der Rest subcutan injicirt; außerdem 2 Halbliterklystiere derselben Salzlösung. Die stockende Diurese stellte sich wieder her, der weggebliebene Zucker im Harn erschien wieder. Der Allgemeinzustand wurde ein guter. Sowie der Kranke wieder trinken konnte, genoß er enorme Mengen alkalischer Wässer (10 l mit 60 g Alkalien). Der Kranke lebte noch vier Monate und ging an rechtsseitiger eitriger Pleuritis und beiderseitiger Lungenerkrankung zu Grunde. Das Pancreas fehlte teilweise. Im Nierenbecken waren Steine, die Nierensubstanz war gesund.

Von 20 in der Litteratur gesammelten Fällen von mit Salzlösungsinjection behandelten Comapatienten waren 7 gebessert und 2 völlig geheilt, einer im Coma, einer bei drohendem Coma; alle anderen Behandlungsmethoden waren ergebnislos. Die Qualität der injicirten Salzlösungen scheint ziemlich gleichgiltig zu sein; bei den vielen Theorien des Coma kann man sich für keine entscheiden; nehmen wir aber eine Vergiftung durch Säuren (Oxybuttersäure, β-Oxybuttersäure), wie heute viele Autoren, an, so müssen wir Alkalien zuführen, um die Säure zu neutralisiren. Das ist aber nicht in genügendem Maße angängig; Stadelmann hat 90 g, Külz gar 200 g täglich im Organismus des Comatösen neu entstehender Oxybuttersäure berechnet! Unser Ziel muß sein, so schnell wie möglich die im Organismus angehäuften Gifte zu entfernen durch Diluirung; dies erreicht man am besten mit der unschädlichen 7‰ Chlornatrium-, d. h. der physiologischen Kochsalzlösung; später soll man per os viel Alkalien in Wasser verabreichen. Dieses Auswaschen des Organismus geht besonders rasch und vollständig bei gesunden Nieren vor sich, die Diurese wird dann enorm. Aber auch wenn die Nieren nicht gesund sind, ist die Zuführung der beträchtlichen Wassermengen den bei der Polyurie ausgetrockneten Geweben und dem Blut von Vorteil; alle Drüsenapparate arbeiten dann kräftig (Speichel, Schweiß, Darmdrüsen) und scheiden Gifte aus. Die Wirkung der verbleibenden Gifte wird durch die Injection des Salzwassers eingeschränkt und verlangsamt, wie zeitweilig gebesserte Fälle von Coma mit kranken Nieren und experimentelle Erfahrungen zeigen. Das Salzwasser scheint auch auf die nervösen Centren zu wirken, denn oft kommen die Comatösen nach der Injection zum Bewußtsein und werden wieder klar. Das von den Nieren nach den Injectionen entleerte Secret ist nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ verändert; es werden in derselben Menge dreimal soviel Säuren ausgeschieden, wie vorher (Lépine) und der Organismus daher schnell entgiftet. Comatöse ohne andere Erkrankungen (des Herzens, der Lunge, der Nieren, Gangrän etc.) haben eine gewisse Chance, durch Injectionen gebessert oder selbst gerettet zu werden, aber nur bei sufficienten Nieren. 1—2 l möglichst frühzeitig injicirt, wenn das Coma schon eingetreten ist, intravenös, geben die beste Chance der Rettung; ist das Coma erst im Anzuge, so genügt die subcutane oder intramusculäre Injection. Mankiewicz.

Dr. Ludwig (Wien): **Ueber Glycosurie und alimentäre Glycosurie in der Schwangerschaft.** (Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 12.)

Verf. hat an einer stattlichen Anzahl von 100 Schwangeren Untersuchungen angestellt, um zunächst die Frage der Häufigkeit der Melliturie in der Schwangerschaft an der Hand eines größeren Beobachtungsmaterials zu lösen, weil alle früheren Untersuchungen über dieses Thema sich nicht über eine genügend große Zahl von Versuchspersonen erstreckten und diese Frage offen ließen. Die Untersuchungen wurden an Graviden der letzten 11 Schwangerschaftswochen ausgeführt. Von den 100 Graviden erhielten 82 gewöhnliche gemischte Kost, und diese letzteren zieht Verf. zur Beantwortung der Frage der Häufigkeit der Melliturie in den letzten 11 Wochen der Schwangerschaft heran. Bei einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 7 Tagen befanden sich unter diesen 82 Graviden:

1. 26 (31 pCt.), die niemals durch Reductions- oder Gährungsproben oder polarimetrisch nachweisbare Spuren von Zucker ausscheiden.

2. 10 (12 pCt.), die ein- bis dreimal Spuren oder quantitativ bestimmbare Mengen gährungsfähigen Zuckers allein ausschieden.

3. 38 (46 pCt.), die ein- bis dreimal Spuren oder quantitativ bestimmbare Mengen nicht gährungsfähigen Zuckers allein ausschieden.

4. 8 (10 pCt.), die abwechselnd und verschiedene Mengen von gährungsfähigem und nicht gährungsfähigem Zucker ausschieden.

An 18 Graviden, die bei gemischter Kost Glycosurie aufwiesen, wurden alimentäre Versuche in der Weise ausgeführt, daß ihnen Dextrose in der Menge bis zu 200 g verabreicht wurde; eine wesentliche Steigerung der vorher vorhandenen Glycosurie war nur sechsmal eingetreten, darunter in drei Fällen, in denen 24 Stunden vorher ebenfalls schon 200 g Dextrose genossen worden war. Zieht man nun dabei die Thatsache in Betracht, daß unter 18 Versuchen 10 eine normale Assimilationsfähigkeit ergeben haben, so ist es klar, daß die Glycosurie dieser Schwangeren nicht mit einer andauernden Herabsetzung der Fähigkeit ihres Organismus, Traubenzucker zu verbrennen, zusammenhängen, daß sie also weder auf Diabetes beruhen, noch ausschließlich alimentären Ursprungs sein kann. Da es sich um vollkommen gesunde Versuchspersonen handelte, so kommen die unter krankhaften Einflüssen bestehenden Glycosurien hier zur Erklärung ebenfalls nicht in Betracht. Eine Erklärung für die Glycosurie in der Schwangerschaft wäre damit gegeben, wenn die Frage, ob der schwangere Organismus vielleicht im Stande sei, die Lactose in ihre beiden Componenten Galactose und Traubenzucker auch in anderen Organen, als im Darmcanal zu zerlegen, auf experimentellem Wege in positivem Sinne gelöst worden wäre. Aus bestimmten Gründen war es aber dem Verf. derzeit unmöglich, an seinen Schwangeren die entsprechenden Versuche mit subcutanen Injectionen von Milchzuckerlösungen zu machen.

In zwei Fällen bestand bei andauernder und hochgradiger Glycosurie mangelhafte Entwicklung der Brustdrüsen und in puerperio das Unvermögen,

das Kind zu säugen, da die Milchsecretion fast gänzlich unterbleibt. Es folgt daraus, daß intensive Melliturie in der Schwangerschaft auch bei schlecht entwickelten und unzureichend secernirenden Milchdrüsen eintreten kann. Außerdem wurde eine Reihe von alimentären Versuchen an Graviden vorgenommen, welche früher keine oder nur vorübergehende Spuren von Zucker durch den Harn ausgeschieden hatten, um die von Lanz und Hofbauer behauptete, der letzten Zeit der Schwangerschaft besonders zukommende Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Traubenzucker nachzuprüfen. Es ergaben nun diese Versuche, daß den Polysacchariden gegenüber also der Organismus gesunder Schwangerer sich ebenso verhält, wie jener nicht schwangerer Menschen; es können sehr große Mengen vollkommen assimilirt werden. Die in zwei Fällen beobachtete geringfügige Glycosurie kann nicht dagegen sprechen, denn Glycosurie kann selbst in viel größerer Intensität außerhalb alimentärer Einflüsse vorkommen. Aber auch der Dextrose gegenüber zeigt nach den Versuchen des Verf.'s der schwangere Organismus in den letzten 11 Wochen keine häufige Herabsetzung der Assimilationsgrenze, sondern es kommen hier gewöhnlich nur dieselben individuellen Schwankungen wie bei nicht schwangeren gesunden Menschen vor. Lohnstein.

Sépet: **Syndrome urinaire neurasthénique.** (Le progrès médical 1899, No. 17.)

Verf. konnte in drei Fällen von schwerer Neurasthenie dasselbe Symptomenbild feststellen. Und zwar vermindern sich die Symptome von Seiten der Harnorgane je nach den im Verlauf der Krankheit auftretenden Besserungen und erscheinen wieder bei Rückfällen. Bei allen drei Patienten bestand Polyurie mit Erhöhung des specifischen Gewichtes, beträchtliche Ausscheidung von Harnstoff und besonders von Phosphorsäure. Die Polyurie ist eine constante und nicht mit der bei Hysterischen oder gewissen Degenerirten auftretenden intensiven Polyurie zu verwechseln. Die tägliche Urinmenge übersteigt selten 2 l, ist aber constant übernormal und schwankt gewöhnlich zwischen 1750 und 2000 ccm. Während der Remissionen der Erkrankung sinkt die Urinmenge auf 1500 ccm und noch darunter, um sich bei der geringsten Verschlimmerung wieder zu vermehren.

Immerwahr (Berlin).

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Prof. Petersen: **Ueber die practische Bedeutung der Gonokokkenculturen.** (Wratsch 1899, No. 6.)

Eine genaue und leicht zugängliche Methode der Gonorrhoediagnose bei Frauen, namentlich bei Prostituirten, wäre von sehr großer Bedeutung.

Ein Tropfen trüben Secrets oder Eiters, der aus der Harnröhre ausgedrückt wird, sei wenig beweisend, da man denselben auch bei nicht gonorrhoisch Erkrankten erhalten kann. Die Anfertigung von Gonokokkenculturen sei viel leichter und billiger, als die mikroskopische Untersuchung, namentlich seitdem Wassermann die Herstellung des Nährmediums vereinfacht hat. 24 Stunden nach der Ausführung kann bereits eine genaue Diagnose gestellt werden. Li.

Dr. Ludwig Weiss (New-York): **Zur ätiologischen Behandlung der Gonorrhoe.** (New-Yorker med. Wochenschr. 1899, No. 2.)

Vorliegende Arbeit ist die Wiedergabe eines Vortrages in der Deutschen medicinischen Gesellschaft zu New-York. Verf. läßt in derselben die seit der Neisser'schen Entdeckung der Causa nocens der Gonorrhoe nicht mehr symptomatische, sondern ätiologische Behandlung dieser Geschlechtskrankheit in ihrem Entwicklungsgange vor seinen Zuhörern Revue passiren. Es sind lauter bekannte Sachen, die er da vorführt. Selbst in der Protargoltherapie, die doch noch verhältnismäßig jüngeren Datums ist und über die sich noch immer etwas Neues sagen läßt, entwickelt Verf. keine neuen Gesichtspunkte. Dagegen verdient das vom Verf. ausgearbeitete Verfahren der ätiologischen Gonorrhoebehandlung, das sich ihm in einer Anzahl von Fällen sehr gut bewährt hatte, volle Beachtung. Dasselbe ist folgendes:

Sofortige Behandlung.

Prolongirte Injectionen mit Protargol vermittelst einer 10 bis 18 cm fassenden Stempelspritze.

Mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken mindestens jeden 2. Tag.

Die Injectionen sind fortzusetzen, bis die Gonokokken verschwunden sind und darüber.

Adstringentien gegen den postgonorrhoischen Ausfluß sind selten nötig, da das Protargol auch adstringirend wirkt.

Wenn die Urethra posterior ergriffen ist, so beriesele man sie mit einer $^1/_4$—1proc. Protargollösung; die hierzu nötige Erschlaffung des Compressor kommt bei der protrahirten Injection bald zu Stande. Eventuell Instillationen von Argentum nitricum.

In dieser Weise gebraucht, heilt das Protargol die Gonorrhoe oder richtiger tötet die Gonokokken rascher und verhindert Complicationen sicherer, als alle anderen Methoden. Li.

Dr. Garmaschew: **Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Protargol.** (Wojenno-medicinski Journal, December 1898. Ref. nach Medicinskoe Obosrenie 1899, Bd. 51, Heft 2.)

Verf. berichtet über 25 Fälle von Gonorrhoe, die er mit Injectionen von $^1/_2$—1proc. Protargollösungen behandelt hatte. Es befanden sich darunter 22 Fälle acuter und 3 Fälle chronischer Gonorrhoe. Von den ersteren sind durch die Protargolbehandlung nur 7, von den letzteren kein einziger Fall geheilt worden, und so glaubt Verf., dem Protargol die Bedeutung eines Specificums bei Gonorrhoe absprechen zu müssen. M. L.

J. Clifford Perry: **The Efficacy of Guajacol in the Treatment of Epididymitis.** (Medical Record, 7. Januar 1899.)

Vor allen bisher bei der Epididymitis, gonorrhoica und traumatica, angewandten Mitteln verdient das Guajacol nach dem Bericht Perry's den Vorzug. Es beseitigt prompt die Schmerzen, beschleunigt die Resorption des entzündlichen Exsudates und vermeidet ein Krankenlager; es kommt demnach den Anforderungen, welche man an ein Specificum stellt, am nächsten. Verf. hat es in 20 Fällen, über die er berichtet, erprobt: die Schmerzen schwanden innerhalb $^1/_2$ Stunde, um nach Wiederkehr in ca. 6 Stunden eine erneute Application des Mittels zu erfordern; in 2—3 Tagen waren sie gänzlich geschwunden. Fast stets hatte der Hoden in 5—6 Tagen seine normale Größe wieder angenommen. Acute und subacute Fälle eignen sich am besten für die Behandlung: 1 ccm reines Guajacol wird auf den Samenstrang, soweit er im Inguinalcanal verläuft, applicirt und das Scrotum der afficirten Seite Morgens und Abends mit 2 ccm einer Mischung bestrichen, die aus 1 Teil Guajacol und 2 Teilen Glycerin besteht. Das Tragen eines Suspensoriums (Langlebert) ist empfehlenswert.

Blanck (Potsdam).

Dr. Damas: **Traitement de l'hydrarthrose blennorrhagique.** (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1899, No. 4.)

Der vorliegenden Mitteilung liegt folgender Fall zu Grunde: Der 22jährige Patient kam in das Krankenhaus mit geschwollenem, schmerzhaftem Knie und mit der Angabe, daß er seit ungefähr acht Tagen beim Harnlassen Schmerzen empfinde. Die Besichtigung der äußeren Harnröhrenöffnung ergab, daß die Ränder derselben verklebt waren; ein Ausfluß wurde nicht constatirt. Den letzten Coitus wollte Patient vor sechs Monaten ausgeübt haben. Abends Temperatur 39,5°; des Nachts klagte Patient über unerträgliche stechende Schmerzen im Knie; Morgens Temperatur 39°. Am folgenden Tage Verschlimmerung der localen Erscheinungen. Die Probepunction ergiebt eine grünliche, trübe, eitrige Flüssigkeit, und es wird die Vornahme eines chirurgischen Eingriffes beschlossen. Letzterer bestand in tiefen Incisionen an der äußeren sowohl, wie auch an der inneren Oberfläche des Kniegelenks, Ausräumung der Gelenkhöhle, welche mit trüber Flüssigkeit und grünlichen Fibringerinnseln ausgefüllt war, und Drainage. Die Schmerzen verschwanden unmittelbar nach der Operation. Am vierten Tage war der Patient fieberfrei, am 14. Tage wurde er mit vollständig functionsfähiger Extremität entlassen. M. L.

Prof. Samschin: **Ueber eine Modification der Playfair'schen Sonde und deren Anwendung bei Behandlung der Urethritis bei Frauen.** (Wratsch 1899, No. 5.)

Die Modification, welche Verf. an der Playfair'schen Sonde vorgenommen hatte, besteht lediglich in der Anbringung eines Knopfes am

oberen Ende der Sonde, der, falls die Sonde für den in der Ueberschrift bezeichneten Zweck verwendet werden soll, etwas größer genommen wird, etwa dem Diameter eines mittelgroßen Katheters entsprechend. Der Hauptvorzug dieser Sonde besteht darin, daß durch den vorstehenden Knopf die um die Sonde gewickelte Watte bei der Einführung in die Urethra vor Compression geschützt wird, so daß die in derselben enthaltene medicamentöse Flüssigkeit nicht vorzeitig ausgepreßt wird. Das Verfahren selbst gestaltet sich folgendermaßen: Ein kleiner, direct unter dem Knopf liegender Teil der Sonde wird mit Watte umwickelt, in eine abgekochte, mit Alumnol, Ichthyol etc versetzte Glycerinlösung getaucht und in die Urethra bis auf zwei Finger vor der Mündung derselben in die Harnblase eingeführt. Wässerige Lösungen sind bei dieser Behandlungsmethode nicht anwendbar, da die mit Wasser durchtränkte Watte die Harnröhre stark reizt. Li.

Lutaud: **Mixture contre la vaginite blennorrhagique.** (Le progrès médical 1899, No. 10.)

Rp. Aluminis
Natrii biboracici . . . āā 30,0
Chinini sulfurici . . . 1,0
Acidi carbolici
Essentiae Thymi . . . āā XXX gtt.
Glycerini 200,0
MDS. 1 Eßlöffel auf 1 l warmen Wassers zur 2—3maligen täglichen Ausspülung.

Immerwahr (Berlin).

R. Clement Lucas (London): **Gonococcus joint Disease in Infants, secondary to purulent Ophthalmia, with twenty-three Cases.** (The British Medical Journal, 28. Januar 1899.)

In der Sitzung der „Royal Medical and Chirurgical Society" vom 24. I. 99 hielt Lucas einen Vortrag über gonorrhoische Gelenkentzündung bei Kindern, die sich an eine purulente Augenerkrankung anschließt. Dieselbe tritt in zwei Arten auf: 1) als sehr acute Entzündung mit starker Schwellung und Neigung zur Eiterung, 2) als subacute Synovitis. Von den 23 beobachteten Fällen betrafen 18 Kinder mit Blenorrhoea neonatorum, fünf waren ältere Kinder, von denen das älteste sieben Jahre alt war. Die Gelenkentzündung tritt gewöhnlich am Ende der zweiten oder während der dritten Woche der Augenerkrankung auf. Am häufigsten wird das linke Knie befallen. Die Dauer beträgt meist 3—5 Wochen, meist tritt völlige Heilung ein. Durch bacteriologische Untersuchungen wurde der Gonococcus als Ursache der Augen- und Gelenkentzündung festgestellt. Eine Vereiterung dürfte meist auf einer Mischinfection mit Streptokokken und Staphylokokken beruhen. In der sich anschliessenden Discussion wurde die Ursache und Verbreitung der Affection zum Teil bestritten. Blanck (Potsdam).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. Nobel: **Ein Fall von Digitalschanker.** (Wiener klinische Rundschau 1899, No. 12.)

Der Patient hat im Gesicht ein maculo-papulöses Syphilid. Die Efflorescenzen zeigen erweiterte Gefäße; diese Eigentümlichkeit zeigen die Syphilide von Potatoren sehr oft. Die Initialsclerose sitzt an der Endphalange des rechten Zeigefingers, ein nicht seltener Sitz des extragenitalen Schankers. Diese Localisation ist deshalb von besonderer practischer Bedeutung, weil diese Sclerosen sehr oft für Panaritien gehalten und entsprechend behandelt werden, oft zu sehr erheblichem Schaden für den Patienten.

Li.

Dr. Ussass (Petersburg): **Aetiologie der syphilitischen Dyscrasie und der Syphilide.** (Vortrag in der Russ. syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft. Wratsch 1899, No. 9.)

Auf Grund eingehenden Studiums der Litteratur in Bezug auf die Aetiologie der syphilitischen Dyscrasie und der Syphilide, sowie auf Grund eigener Beobachtungen gelangt Vortr. zu dem Schluß, daß das syphilitische Gift nur die Blut- und Lymphgefäße afficirt und daß die Syphiliserscheinungen oder die sog. Syphilide nur Folgen dieser Gefäßaffection sind. Mit anderen Worten: bei bestehender Affection der Gefäße können consecutive Syphiliserscheinungen (Syphilide) durch verschiedene, sowohl innerliche, wie auch äußere veranlassende Momente selbst dann erzeugt werden, wenn das Syphilisgift aus dem Körper bereits verschwunden ist. M. L.

Prof. Neumann (Wien): **Interessante Syphilisfälle.** (Verhandl. der Wiener dermatolog. Gesellschaft. Wiener med. Wochenschrift 1899, No. 17.)

1. Ein 50jähriger Patient mit Gummata palati mollis et narium, Orchitis gummosa, Gummata cutanea und gleichzeitig Herpes tonsurans maculosus. Von 29 Jahren Primäraffect, damals local behandelt, bisher keine Allgemeinerscheinungen. Der rechte Hode faustgroß, derb, der Nebenhode als dünner Strang zu tasten. In der Schläfengend rechts ein über guldenstückgroßes, livid verfärbtes Infiltrat, mit dünnen Krusten bedeckt. Am Uebergang vom harten in den weichen Gaumen ein nischenförmiges, thalergroßes Geschwür mit schwieligen callösen Rändern und eitrig belegtem, höckerigen Grunde. Am weichen Gaumen ein quer verlaufendes, streifenförmiges, vertieftes Geschwür, der rückwärtige Gaumenbogen infiltrirt. Der Naseneingang mit Krusten bedeckt, darunter mißfarbig belegte Geschwüre. Das knöcherne Nasenseptum perforirt. Affection seit drei Monaten.

2. Ein 24jähriger Mann mit einem ulcerösen Syphilid. An der ganzen Körperoberfläche und an den Extremitäten zerstreut verschieden große, rostfarbige Pigmentirungen, am Rücken meist confluirt In beiden Kniekehlen je ein doppelguldenstückgroßes, ovales Geschwür mit steilen Rändern und einer dünnen, schmutzigbraunen Kruste bedeckt. Am Kopfe zerstreut kreuzergroße, mit mächtigen braunen Krusten bedeckte Geschwüre, bis auf den Knochen greifend. Außerdem tief eingesunkene Narben, an welchen die Kopfhaut fehlt. Am rechten Gaumenbogen, übergreifend auf Tonsille und Uvula, ein tiefgreifendes, eitrig belegtes Geschwür. Primäraffect vor sechs Monaten. 24 Einreibungen.

3. Ein 27jähriger Mann mit einem ulcerösen Syphilid an Kopf und Rücken und einem disseminirten papulo-pustulösen Exanthem. In der Medianlinie der Stirn kreuzergroße Knoten, mit braunroten Krusten bedeckt, unter denen ein tiefgreifendes Geschwür sich befindet, mit steilen Rändern. An der behaarten Kopfhaut und Stirnhaargrenze kronengroße, mit Krusten und Eiter bedeckte Geschwüre, im Sulcus coronarius ein sehr derbes von Kreuzergröße, auf die Glans penis übergreifendes Syphilid seit drei Monaten.

4. Ein 24jähriger Kranker mit ulcerösem Syphilid im Ohr und Leucoderma. Syphilis seit zwei Jahren. Rechts im Sulcus coronarius livid verfärbte Narbe nach dem Primäraffect. Im Ohre links, soweit sichtbar, ein kronengroßes Geschwür am Boden der Ohrmuschel mit steilen, infiltrirten Rändern und glattem, speckig belegten Grund. Hintere Rachenwand geschwellt, mit schmutzigem Eiter belegt. Complicationen des inneren Gehörapparates liegen nicht vor.

5. Eine 33jährige, im sechsten Monate gravide Frau mit papulösem Syphilid von ungewöhnlichem Aussehen. Vor zehn Jahren Variola. Das ganze Gesicht bis auf den behaarten Scheitel reichend dicht besetzt mit erbsengroßen, halbkugelig vorspringenden, broncefarbenen Knoten. Auch am Hals, Nacken und Brust solche Knötchen. An den unteren Extremitäten sind dieselben confluirt. Aphonie in Folge von Papeln an den Stimmbändern. Die Kranke bekommt täglich Injectionen mit Succinimidquecksilber. Dieses Gepräge ist durch Variolarnarben und die dazwischen eingesprengten papulösen Efflorescenzen verursacht.

6. Eine 54jährige Frau mit Papeln am Genitale, Roseola annulata, Lichen syph., Iritis specifica und Psoriasis palmaris et plantaris. **M. L.**

William S. Gottheil (New-York): **Gummatous Periostitis and Osteitis, with Record of a Case of Perforation of the cranial Vault.** (The New York Medical Journal, 4. Februar 1899.)

An der Hand eines Falles von syphilitischer Perforation des Schädeldaches schildert Gottheil die Symptomatologie und Pathologie der luetischen Knochen- und Knochenhautentzündungen. Dieselben können, besonders in den leichteren Fällen, schon früh, jedenfalls früher, als man gewöhnlich annimmt, in die Erscheinung treten. Die Quecksilberbehandlung kann nicht für ihr Auftreten verantwortlich gemacht werden; wohl kann

ein voraufgehendes Trauma das prädisponirende Moment abgeben. Die äußerst geringe Schmerzhaftigkeit und der sehr langsame Verlauf sind Characteristica für die luetische Natur. Die entzündliche Form ist die seltenere und endigt meist mit Sclerosirung und Verknöcherung, meist tritt die Periostitis und Osteitis luetica als gesunde Form auf. Letztere führt gewöhnlich zur Necrosen- und Sequesterbildung. Bei den luetischen Entzündungen der Schädelknochen treten schwere Erscheinungen nur äußerst selten ein, selbst wenn es zu schweren Zerstörungen des Schädeldaches kommt. So auch in dem vorliegenden Falle, welcher eine 35jährige Russin betraf. Es ist wunderbar, daß die sehr ausgedehnte Zerstörung des Schädels ohne jede Reaction und ohne Beunruhigung der Kranken Platz gegriffen hatte; die antiluetische Behandlung führte zur Heilung. Ein Sequester von unregelmäßig ovaler Gestalt, von $2^1/_4 : 2$ Zoll, hatte sich vor längerer Zeit abgestoßen und bestand aus den beiden anliegenden Teilen der hinteren oberen Scheitelbeinstücke; an Stelle des Defectes hatte sich eine dichte weiße Narbe gebildet, in deren Centrum sich eine große, ovale, dunkelbraune Kruste befand, aus deren Ecken auf Druck Eiter hervorsickerte.

Blanck (Potsdam).

J. Cornillon: **Du diabète syphilitique.** (Le progrès médical 1899, No. 10.)

Die Syphilis hat einen unbestreitbaren Einfluß auf den Diabetes mellitus und den Diabetes insipidus. Man kann drei Formen des syphilitischen Diabetes unterscheiden: 1. die nervöse, welche meistens durch Gummiknoten in der Gegend des vierten Ventrikels veranlaßt ist, 2. die pankreatische in Folge von Syphilomen des Pankreas und 3. die parasyphilitische, welche besonders bei Arthritikern vorkommt. Eine antisyphilitische Behandlung läßt meistens die Glykosurie schnell verschwinden. Der Diabetes insipidus syphiliticus zeigt dieselben Symptome wie der gewöhnliche Diabetes insipidus und denselben Verlauf; aber er leistet einer specifischen, antisyphilitischen Behandlung länger Widerstand als der syphilitische Diabetes mellitus.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Kissling: **Ein Fall von Framboesia syphilitica.** (Vortrag und Demonstration in der Gesellschaft der Charité-Aerzte zu Berlin. Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 13.)

Die 38jährige Arbeiterfrau hatte sich vor 18 Jahren dadurch inficirt, daß sie ein fremdes Kind, das anscheinend syphilitisch war und bald aus dem Leben schied, an die Brust legte. Vor etwa neun Wochen erkrankte die Frau ohne besondere Ursache an einem allgemeinen Unwohlsein, Abgeschlagenheit und Seitenstechen; acht Tage später entstanden zuerst in dem linken inneren Augenwinkel, dann auf der Stirn, der Nase und beiden Wangen unter der Haut Knoten. Diese wurden größer, brachen unter Absonderung von reichlichem Eiter auf und gingen in Geschwüre über. Bald verdickte sich der Geschwürsboden und es erhoben sich aus ihnen kleine

Knötchen. Anfangs nur aus der Mitte, dann aus der ganzen Fläche. Gleichzeitig mit den Geschwüren im Gesicht entstanden auch solche auf dem linken Schulterblatt, dem linken Unterarm und der rechten Hüfte. Das Gesicht der Kranken bietet einen ganz eigenartigen Anblick. Auf der Nase, an den Wangen, in der rechten Kiefergrube, am linken Ohr und fast ringförmig um beide Augenöffnungen sich legend, sieht man Gruppen von kleinen, flachen, grauweißen Wärzchen. Diese sitzen breit auf der Haut auf und sind mit ihr über der Unterlage verschiebbar; sie fühlen sich ebenso wie die von ihnen bedeckte Haut knorpelhart an und sind bei Druck etwas empfindlich. Ihre Oberfläche ist jetzt von Epidermis gleichmäßig überzogen; bei der Aufnahme in die Klinik waren sie noch vielfach von honiggelben bis dunkelroten Borken bedeckt und sonderten reichlich Secret ab. Ihre Umgebung, welche damals noch vollständig normal erschien, zeigt heute lebhafte Rötung, wohl der erste Einfluß der Therapie, welche bisher lediglich eine allgemeine gewesen ist. Ihrem Aussehen und ihrem Bau nach sind die Efflorescenzen flache Papillome; dendritische Verästelung läßt sich nur an der Nase und den Augenbrauen beobachten. Es fällt ohne Weiteres die Aehnlichkeit dieses Gebildes mit einer Himbeere auf. Von dieser Aehnlichkeit stammt auch die Bezeichnung der Affection als Framboesie, ein Name, den Sauvages vor etwa 150 Jahren in die dermatologische Terminologie eingeführt hat und der auch in neuerer Zeit von Virchow, Hebra u. A. noch gebraucht wird. Hier liegt zweifellos eine tertiäre Syphilis vor: eine Framboesia syphilitica oder, wie die Affection auch genannt wird, eine Syphilis cutanea vegetans s. framboesica. Die Therapie besteht in innerlichem Gebrauch von Jodkali und localer Application von Calomel. Wenn die Efflorescenzen auf diese Weise nicht binnen Kurzem und gänzlich verschwinden, so würden sie mit Messer oder scharfem Löffel abzutragen sein. Jedenfalls kann man der Patientin eine baldige und vollständige Heilung in Aussicht stellen. M. L.

Prof. Neumann: **Ueber einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie auf luetischer Basis.** (Vortrag und Demonstration in der K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 24. März 1899. Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 13.)

Im Allgemeinen werden als Ursachen der paroxysmalen Hämoglobinurie angegeben: 1. Einwirkung hoher oder niederer Temperaturen, Verbrennung, Gift (Kali chloricum), Malaria. 2. Langdauernde Syphilis, bei der schon eine leichte Erkältung ausreicht, um Hämoglobinurie zu erzeugen. Chwostek führt die Hämoglobinurie auf eine abnorme Contractionsfähigkeit der peripheren Gefäße zurück, wodurch Hyperämie in den inneren Organen erzeugt wird. Der genetische Zusammenhang der paroxysmalen Hämoglobinurie mit Lues ist erst vor nicht langer Zeit auf Grund ihres Vorkommens bei Syphilis festgestellt und auf Grund der günstigen Erfolge der antiluetischen Behandlung bestätigt worden.

Der Fall Neumann's betrifft einen 28jährigen Patienten, der vor mehr als vier Jahren wegen recenter Syphilis in Behandlung war. Vor etwa Jahresfrist wurde zum erstenmal unter Fiebererscheinungen braunrot gefärbter Harn entleert Die Anfälle wiederholten sich alle 4 - 6 Wochen. Seit sechs Monaten erscheinen sie häufiger und namentlich seit Dezember des vorigen Jahres traten sie jeden zweiten und dritten Tag, und zwar in gesteigerter Intensität auf. Am 11. Februar wurde der Kranke unter heftigen Fiebererscheinungen in die Klinik aufgenommen. Der frisch entleerte Harn war braunrot gefärbt. Die Heller'sche Blutprobe (Erwärmen mit Kalilauge) ergab Hämoglobin in demselben. Eiweiß war in nachweisbarer Menge vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Fehlen von Blutkörperchen.

Die Fieberanfälle wiederholten sich unter gleichen Erscheinungen am 20. und 21. Februar, doch ohne abnormen Harn. Am 27. Februar bekam Patient einen heftigen Fieberanfall (40,6°). In dem braunroten Harn wurde chemisch Blutfarbstoff, bei spektroskopischer Untersuchung Oxyhämoglobin und deutlich Methämoglobin sowie andere Derivate des Oxyhämoglobin nachgewiesen, außerdem Spuren von Eiweiß, hyaline und granulirte Cylinder, jedoch keine Blutkörperchen. Im frischen Blute unter dem Mikroskop zeigen schon nach wenigen Secunden die kurz vorher roten Blutkörperchen ein ganz blasses Aussehen, indem dieselben während der Beobachtung abblassen, weil das Hämoglobin aus den Blutkörperchen allmählich entweicht und ins Plasma diffundirt. Es liegt somit ein Fall vor, in dem sich das Hämoglobin von dem Stroma der roten Blutkörperchen trennt und frei im Plasma schwimmt.

Am 10. März ein neuerlicher Anfall, desgleichen am 14. März mit ähnlichen Symptomen, wobei Milz und Leber vergrößert waren. Am 21. und 22. März heftige Anfälle; Urin dunkel; die chemische Untersuchung ergab Hämoglobin, Eiweiß, wenig granulirte und hyaline Cylinder. Der jeweilige Anfall trat plötzlich auf, mit Schüttelfrost, gewöhnlich nach einem Aufenthalt in kalter Temperatur, und zwar nicht sofort, sondern nach 12 bis 14 Stunden. Der Kranke klagte dabei über Schmerzen in den Gliedern; seine Hautfarbe war aschgrau. Dieser Zustand dauerte 3—4 Stunden, nach welcher Zeit wieder normaler Harn gelassen wurde und subjectives Wohlbefinden sich einstellte. Lohnstein.

1. Barbe: **Hérédo-syphilis tardive.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 3. — Société française de derm. et de syph., séance du 10. mars 1899.)
2. Barthélemy: **Hérédo-syphilis tardive monosymptomatique.** (Ibidem.)

Ein kräftiges 23jähriges junges Mädchen, das vom 15. Lebensjahre ab an hysterischen Anfällen litt, erkrankte vor einem Jahre mit Schmerzen am rechten Schienbein, die namentlich Nachts exacerbirten und dann auch das rechte Kniegelenk ergriffen. Eine Auskratzung des Gelenkes führte keine

Besserung herbei. Nach einem halben Jahre wurden auch die linke Tibia und das linke Knie, sowie beide Ellbogen ergriffen. Eine combinirte Quecksilberpillen- und Jodkalibehandlung blieb erfolglos. Indes führten tägliche subcutane Injectionen mit Hydrargyrum cyanatum. (0,1 : 10,0) zu schneller Heilung. Die Diagnose Syphilis wurde durch eine später auftretende interstitielle Keratitis mit Iritis noch bestätigt. Der Fall lehrt, daß selbst der Mißerfolg einer Behandlungsmethode die Diagnose Lues nicht ausschließt.

Auch in Barthélemy's (2) beiden Fällen handelt es sich um eine Syphilis tardiva, deren Eigentümlichkeit das Hervortreten nur eines Symptoms bildet. In dem einen Fall ist dies ein Defect der Intelligenz und des ethischen Gefühls. Daneben bestanden aber eine allgemeine Dystrophie, infantiler Habitus, Mikrocephalie und Zahndystrophien. Interessanter ist der andere Fall, in dem aus der Verbindung eines früher syphilitischen Mannes und einer gesunden Frau zunächst zwei gesunde Kinder hervorgingen. Das zweite Kind erwirbt sogar im Alter von 21 Jahren selbst wieder Syphilis. Ein drittes Kind ist blühend und vollkommen gesund bis zum 20. Lebensjahr. Dann tritt am Schenkel ein zweifelloses syphilitisches Gumma auf. Die Mutter des Kindes bleibt immer gesund. In der Discussion wiederholt Fournier seine Forderung, daß eine Eheschließung nicht vor dreijähriger Behandlung stattfindet, giebt aber zu, daß dieser Zeitraum mit Vorteil noch verlängert wird. Besnier ist bis zu einer Forderung von fünf Jahren gekommen, Andere haben sie schon überschritten.

Auch in anderer Beziehung werden interessante Thatsachen hervorgehoben. Die Verbindung mit syphilitischen Männern führt auf dem Wege der Conception häufiger zu latenter Syphilis der Frauen. Es kommt in solchen Fällen zuweilen spät noch zu verkannten Erscheinungen, Erscheinungen einer „Syphilis conceptionelle extraordinairement tardive" (Fourier), z. B. an der Brust. Viele Fälle von medicamentös und spontan geheilten Brustkrebsen dürften hierhin gehören, wofür Barthélemy geradezu ein Beispiel anführt. Auch angebliche Krebse der Lippen oder der Zunge fallen zuweilen einer conceptionellen Syphilis zur Last. Von Belang ist auch die Unterscheidung Fournier's zwischen einer hereditären, d. h. spermatischen oder ovulären Syphilis und einer placentaren Lues.

Nähere Einzelheiten der anregenden Discussion müssen im Original nachgelesen werden. Dreyer (Köln).

Dr. Aristoff (Sebastopol): **Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des Magens bei hereditärer Lues.** (Zeitschrift für Heilkunde, Bd. 19, Heft 5 und 6.)

Auf Grund eingehender Untersuchungen, ausgeführt im pathologisch-anatomischen Institut an der deutschen Universität in Prag, gelangte Verf. zu dem Schlusse, daß die syphilitischen Erkrankungen des Magens bei hereditärer Syphilis in Wirklichkeit durchaus nicht so selten sind, wie man gewöhnlich annimmt. So wurde in sieben von neun nicht durchweg besonders ausgewählten Fällen durch genauere Untersuchung Syphilis nach-

gewiesen; in den übrigen zwei Fällen konnte man nur event. für die gefundenen Veränderungen die Syphilis verantwortlich machen. Um sich davon zu überzeugen, ob eine syphilitische Affection vorliegt oder nicht, muß man unbedingt eine genaue mikroskopische Untersuchung vornehmen, sonst kann auch eine anatomisch-characteristische syphilitische Erkrankung, wie das miliare Gumma, unbemerkt bleiben. Die anatomischen Veränderungen des Magens bei hereditärer Lues treten in verschiedener Gestalt auf:

1. Als gummöse Affectionen, welche angetroffen werden bald a) in mehr diffuser Form, bald b) als scharf begrenzte Gummata, welche oft mikroskopisch klein sind — in wahrem Sinne miliare Gummata.

2. Als diffuse Entzündungen, welche als solche für Syphilis nicht characteristisch sind, oder besser ausgedrückt, nicht nur der Syphilis eigentümlich sind. M. L.

Chopping (London): **Bericht über 84 mit intravenösen Injectionen von Quecksilbercyanid behandelte Fälle von Syphilis.** (The Lancet, 18. Februar 1899.)

Nach den Erfahrungen des Verf.'s sind für schwerere syphilitische Manifestationen und für Fälle, die ständig unter Aufsicht sich befinden, also vorzugsweise für die Hospitalpraxis, die intravenösen Quecksilbercyanidinjectionen allen anderen Behandlungsmethoden der Syphilis vorzuziehen. Verf. stellt 84 von ihm auf diese Weise behandelte Fälle in einer Tabelle zusammen, aus der die anamnestischen und klinischen Details (die Fälle betrafen alle Stadien und die verschiedenartigsten Aeußerungen der Lues), sowie die therapeutischen Erfolge übersichtlich zu entnehmen sind. Die Injectionen wurden stets an den Armvenen vorgenommen, die, nach antiseptischer Reinigung des Armes, durch Umschnüren des Oberarmes mittelst einer Gummibinde zum Strotzen gebracht wurden. Alsdann wurde in eine Vene die Nadel der Injectionsspritze eingeführt, darauf die Binde entfernt und dann 20 Tropfen einer 1proc. Quecksilbercyanidlösung in der Richtung des Blutstromes injicirt. Nach Herausziehen der Nadel wurde dann noch für einige Minuten auf die Stichöffnung mit einem aseptischen Wattebausch ein gelinder Druck ausgeübt. Wenn nicht Durchfall oder andere temporäre Contraindicationen vorhanden waren, wurde jeden Morgen eine Injection applicirt. Wenn man das Lumen der Vene verfehlte, so traten Schmerzen und Anschwellung auf, die jedoch durch Cataplasmen innerhalb 1—2 Tagen beseitigt werden konnten. Nur selten persistirte die Schwellung in Form einer Induration 2—3 Wochen. Einige Male trat auch eine subcutane Blutextravasation aus der punktirten Vene auf. Alle diese Zufälle lassen sich durch Anwendung einer sehr feinen Nadel vermeiden.

Die Vorteile der genannten Methode sind folgende: 1. Sie ist einfach und vollkommen gefahrlos. 2. Die eingeführte und aufgenommene Hg-Menge ist genau bekannt. 3. Die Hg-Wirkung wird sehr schnell producirt, was unter gewissen Umständen (Iritis, ulceröse Laryngitis etc.) von ganz besonderer Bedeutung ist. 4. Eine rasche und intensive Wirkung tritt auch

in solchen Fällen auf, wo andere Methoden (auch Inunctionen) keinen oder nur einen geringen Effect entfaltet haben. 5. Ungünstige Nebenwirkungen treten sehr selten auf. Bei 3 von den 84 Fällen zeigte sich einmal eine Polyurie, bei 2 ein Durchfall und bei 2 eine Salivation, welche Erscheinungen jedoch innerhalb weniger Tage durch geeignete Maßnahmen, unter Aussetzen der Injectionen, zum Verschwinden gebracht werden konnten. Neben diesen wurde übrigens in den schwereren Fällen auch noch Leberthran und Eisen und bei den tertiären Affectionen und bei Rupia auch noch Jodkali — neben einer geeigneten Diät — verabfolgt. Loewenthal.

Dr. Schuster (Aachen): **Inunctionskur und Badekuren.** (Vortrag auf dem 20. Balneologencongreß zu Berlin. Deutsche Medicinalzeitung 1899, No. 34.)

Neisser hatte 1897 von der Annahme aus, daß das Quecksilber bei der Einreibungskur hauptsächlich durch die Lungenatmung aufgenommen werde, den Satz aufgestellt, daß nicht allein Schwefelbäder als solche geradezu schädigend auf die Einreibungskur wirken, sondern daß überhaupt Badeproceduren und Einreibungskuren nach entgegengesetzter Richtung wirkende Factoren sind. Auf die Annahme, daß das Quecksilber in erster Linie durch die Lungen aufgenommen werde, gründet sich auch die neue Welander'sche Methode. Verf. hat diese nachgeprüft und dabei allerdings nach der Ludwig-Fürbringer'schen Methode Hg im Harn nachgewiesen, aber viel später als bei der üblichen Inunctionskur; daher ist die alte, bisher übliche Einreibungskur (nach v. Siegmund) der Einatmungskur vorzuziehen. Der erwähnten Behauptung Neisser's von der Schädlichkeit der Badekuren bei der Inunctionskur tritt Verf. auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen als Badearzt zu Aachen entgegen; im Gegenteil fördert eine dem Krankheitsfall angepaßte Badekur die Heilwirkung der Inunctionkur. Verf. versuchte übrigens auch die Flanelles mercurielles von Merget, bei denen ebenfalls das Hg durch Einatmung aufgenommen werden soll; es sind das Flanellkissen, welche durch Tränkung eines Flanelllappens in Liquor hydrargyri nitrici Mercur solubilis Hahnemannii vermischt mit metallischem Quecksilber enthalten; das Kissen soll während der Nacht von dem Patienten unter eine Backe gelegt werden; Verf. fand diese Methode jedoch wenig wirksam, so daß er von weiteren Versuchen abstand. Daß das Quecksilber bei der üblichen Inunctionskur direct in die Haut eindringt (in die Haarbälge und Drüsen), wurde, wie Verf. in Erinnerung bringt, durch einige wissenschaftliche Arbeiten früher direct bewiesen. R. L.

Dr. Ludwig Schuster (Aachen): **Die Wandlungen der Einreibungskur.** (Therapie der Gegenwart 1899, No. 5.)

Verf. schildert die Wandlungen, welche die Schmierkur in Bezug auf die Einzelheiten ihrer Handhabung, besonders vom Anfang unseres Jahrhunderts bis auf die Gegenwart, erlebt hat. Im Anfang des gegenwärtigen Jahrhunderts war sie eine strenge Salivationskur, dann gab v. Siegmund

seine methodische Inunctionskur an, welche besonders die schädlichen Nebenwirkungen des Quecksilbers auszuschalten bemüht und fast überall noch jetzt in Geltung ist. Außerdem bespricht Verf. die neuen Modificationen von Herxheimer, Welander, Neisser und Merget (cfr. voriges Referat); endlich erwähnt er die Quecksilberseifenpräparate, welche an Stelle der grauen Salbe zur Anwendung gelangen können. Das von Verf. selbst benutzte Präparat ist eine weiche Natronseifensalbe und wasserfrei, wird daher nicht ranzig; ihre Zusammensetzung ist folgende:

Hydrargyri depurat.	$33^1/_3$ pCt.
Sapon. oleacei albis pulv. . . .	$12^2/_3$ „
Sebi filtrati	18 „
Adip. filtrati	36 „

Bei sachgemäßem Verreiben ist sie auf der Haut kaum zu sehen. (Das Präparat ist zu beziehen von der Droguenhandlung Neunerdt & Smidt in Hannover.) R. L.

Prof. Petersen: **Ueber den Einfluss der Menstruation auf den Verlauf des weichen Schankers.** (Vortrag, gehalten in der Russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft. Wratsch 1899, No. 9.)

Trotz der heutzutage außer Frage stehenden Infectiosität des weichen Schankers und trotzdem die Behandlung des letzteren hauptsächlich Zwecke der Desinfection verfolgt, übt die Menstruation nach den Beobachtungen Petersen's merkwürdiger Weise auf den Verlauf des Schankers einen sehr günstigen Einfluß aus. Es ist also anzunehmen, daß das Blutserum nicht nur die Entwicklung der im Geschwürssecret befindlichen Mikroben nicht begünstigt, sondern diese letzteren sogar abtötet. Li.

Dr. A. Moskowits (Budapest): **Extra- und perigenitaler weicher Schanker.** (Ungarische medicinische Presse 1899, No. 15.)

Der Kranke acquirirte vor drei Monaten einen weichen Schanker, den er selbst behandelte. Der Schanker heilte aber nicht, sondern es entstanden ähnliche Geschwüre an der rechten Seite der Glans und an der Dorsalfläche des Penis. Später traten in der linken genito-cruralen Furche, wo der Patient in Folge der hier befindlichen Intertrigo sich stark kratzte, zahlreiche (7—8) kleine, linsengroße bis kreuzergroße, mit schmutzig-gelbem Belag versehene Geschwüre auf. Vor drei Wochen schnitt der Patient während der Arbeit seinen Zeigefinger an der palmaren Seite entsprechend dem Gelenke zwischen I. und II. Phalanx ein, und noch an demselben Tage geschah es, daß das Secret des stark eiternden Geschwüres während der Wundreinigung auf die verletzte Stelle tropfte, was jedoch der Kranke nicht besonders beachtete. Nach zwei Tagen bildete sich an dieser Stelle ein kreuzergroßes, mit unterminirten scharfen Rändern versehenes, tiefes, stark eiterndes Geschwür, das heftige Schmerzen verursachte. In der rechten Achselhöhle eine taubeneigroße Lymphdrüsenschwellung. M. L.

Dr. Einis: **Beitrag zur Behandlung des Ulcus molle venereum.** (Jeschenedelnik. Medicinskoe Obosrenie 1899, Bd. 51, H. 2.)

Verf. behandelt das Ulcus molle venereum seit mehr als zwei Jahren in folgender Weise: Die schankröse Oberfläche wird mit abgekochtem Wasser gewaschen, dann getrocknet und schließlich mit Acidum carbolicum liquefactum so lange bestrichen, bis ein weißer Schorf entsteht. Auf diesen letzteren wird ein Verband mit 10 proc Carbolglycerin gelegt. Die Aetzungen werden täglich bis zur vollständigen Reinigung des Geschwürs, der Carbolglycerinverband bis zur vollständigen Heilung des Schankers angewandt. Diese Behandlungsmethode, bei der sowohl einfache, wie auch serpiginöse und phagedänische Geschwüre ziemlich rasch zur Heilung gebracht werden, hat den Vorzug vollständiger Schmerzlosigkeit, abgesehen von einem leichten Brennen im Momente der Aetzung. Die Empfindlichkeit des Geschwürs selbst nimmt dank den Aetzungen bedeutend ab oder verschwindet vollkommen. Außerdem kann die geschilderte Behandlungsmethode bei jeder Localisation des Geschwürs zur Anwendung gebracht werden. M. L.

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Battle: **Ein Fall von Sarcom der Corpora cavernosa des Penis.** (The Lancet, 25. Februar 1899.)

Der Fall betraf einen 50jährigen, sehr kräftigen Mann, bei dem sich vor $8^1/_2$ Jahren ein erschwertes Uriniren und 6 Monate später eine kleine Anschwellung am Perineum bemerkbar gemacht hatten. Letztere wurde allmählig schmerzhaft und hatte nach 3 Jahren die Größe eines Enteneis erreicht. Es zeigte sich bei der Operation, daß der Tumor vorzugsweise vom linken und zum Teil auch vom rechten Corpus cavernosum ausging. Der Tumor wurde mit den afficirten Partien der Schwellkörper entfernt, wobei die reichliche Blutung mit dem Paquelin bekämpft wurde. Die Wunde wurde mit einer Chlorzinklösung (2,5 : 30,0) gereinigt und mit Jodoform-Glyceringaze verbunden. Trotzdem allmählich sich sämtlicher Urin durch die Wunde entleerte, heilte diese doch schliesslich zu, so daß Patient bei der Entlassung, $2^1/_2$ Monate nach der Operation, wieder den Urin per urethram entleeren konnte. Nach 6 Monaten begann sich an derselben Stelle ein Recidiv zu entwickeln, das nach $2^1/_2$ Jahren die Größe des früheren Tumors erreicht hatte. Es zeigte sich jetzt auch der allgemeine Körperzustand erheblich reducirt. Der Tumor wurde gleichfalls excidirt. Nach $6^1/_2$ Monaten war abermals ein Recidiv aufgetreten. Ein vorhandener diffuser Bronchialcatarrh ließ das Bestehen einer Metastase in den Lungen

vermuten, was noch dadurch wahrscheinlicher wurde, daß eine an Häufigkeit und Intensität allmählich zunehmende Hämoptoe, sowie eine Anschwellung der Mammae sich zeigten. Von einem operativen Eingriff wurde deshalb Abstand genommen. Exitus nach 4 Monaten. Die Autopsie wurde nicht gestattet. Die beidemale excidirten Tumoren hatten sich als Spindelzellensarcome erwiesen. Der Fall ist, abgesehen von der Seltenheit der Penissarcome, besonders durch den jahrelangen Verlauf bemerkenswert.

Loewenthal.

Ehrmann: **Fälle von tuberculösen Geschwüren an der Glans penis.** (Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wiener med. Blätter 1899, No. 16.)

1. Eine Moulage des Penis mit einem tuberculösen Geschwür auf der Glans. Der Harn ist trübe, im Sediment wurden wiederholt Tuberkelbacillen gefunden. Es handelt sich in diesem Falle sicherlich um primäre Nierentuberculose. Das Geschwür, welches vor zwei Jahren bestanden hatte, verheilte dann, es sind aber noch immer Tuberkelbacillen im Sediment nachweisbar. 2. Bei einem zweiten Patienten, einem jungen Manne, trat ein tuberculöses Geschwür an der Commissur auf, welches nach Anwendung von Jodoformvasogen verheilte; daneben bestanden tuberculöse Geschwüre im Larynx. In der letzten Zeit traten wieder neue Geschwüre um die Narbe auf; im Harn keine Tuberkelbacillen. 3. Ein junger Mann mit Narben nach Ulcera tuberculosa an der Glans. Gegenwärtig bestehen Cystitis mit Anwesenheit von Tuberkelbacillen im Harn, eine starre Infiltration der Harnröhrenschleimhaut, Tuberculose der Prostata und der Samenbläschen. Die Infection erfolgt in solchen Fällen von einer primären Nierentuberculose aus, durch das Sputum, auf dem Wege der Blutbahn, von der Harnblase, der Prostata oder den Samenbläschen aus, oder die Aetiologie bleibt dunkel. In einem Falle sah E. von Quecksilbereinreibungen ein gutes Resultat.

Immerwahr (Berlin).

Eugène Talbot: **Hérédité et circoncision.** (Médecine, Detroit, Juni 1898.)

T. glaubt nach seinen sehr zahlreichen Beobachtungen an die Möglichkeit der Vererbung der Folgen der Circumcision. Im Gegensatz zu Weismann, welcher in seiner Vererbungstheorie die Uebertragung von Verstümmelungen auf die Nachkommen bestreitet und insbesondere behauptet, daß das Fehlen der Vorhaut ebenso oft bei Völkern ohne rituelle Circumcision vorkommt, als bei solchen, wo die Religion diesen Brauch vorschreibt, meint Talbot, daß die Erblichkeit einen wesentlichen Factor in der Hervorbringung dieser Anomalie bildet; er stützt sich auch auf die Statistik israelitischer Aerzte in Chicago, besonders des Dr. C., welcher in 20 Jahren 10000 Circumcisionen gemacht hat; 500mal fehlte das Präputium, 2000mal war es wenig entwickelt.

Mankiewicz.

W. M. Polk: **Ueber einen interessanten Fall von Ruptur der Harnröhre nach Symphyseotomie.** (Amer. gynecol. and obstet. journ., August 1898. Referirt im Centralbl. f. Gynäkol. 1899, No. 13.)

Bei der Symphyseotomie war ein Einriß in die Harnröhre erfolgt und derselbe kam nicht zur Heilung, so daß vollständige Incontinenz bestand. Der Einriß betraf die ganze obere Wand. Da es schwer war, von unten beizukommen, schlug P. den Weg oberhalb der Symphyse ein. Die Blase wurde vom Uterus lospräparirt und die Harnröhre von der Symphyse; hierdurch gelang es, die Blase hinreichend herabzuziehen, um zum Harnröhrenriß zu gelangen, welcher sich bis in die Blase erstreckte. Es wurde dann eine gewöhnliche Lappenoperation gemacht. Das Resultat war zunächst gut, so weit es die Heilung der Operationswunde betraf, doch wurde die Incontinenz nicht ganz geheilt P. erklärt sich dies daraus, daß wohl bei der Symphyseotomie das Lig. triangulare zerstört wurde und mit ihm der Ansatz einiger Muskelbündel, welche nicht wieder ersetzt werden konnten.

Immerwahr (Berlin).

Dr. A. Jacobi (New-York): **Ein Fall von Hypospadie.** (Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New-York. New-Yorker med. Wochenschr. 1899, No. 2.)

Der Fall betrifft ein sonst vollkommen gesundes Kind, bei dem Zweifel über sein Geschlecht bestehen. Am vorderen Ende des Perineums befindet sich eine größere Oeffnung; an beiden Seiten dieser Oeffnung hängen zwei Teile herunter, die man für das Scrotum halten kann, die aber auch als die Vulva gelten können. Bei der vor einiger Zeit vorgenommenen Untersuchung vermochte J. nur einen Hoden zu fühlen, und zwar den linken. Er bezeichnet diesen Fall in Folge dessen als Perinealhypospadie mit rechtsseitigem Cryptorchismus und hält eine Operation für aussichtslos. Li.

Dr. H. Waitz (Hamburg): **Ein Fall von geheilter Hypospadia perinealis.** (Deutsche med. Wochenschr. 1899, No. 19.)

Der Fall betraf einen bei der Behandlung 7jährigen, sonst kräftigen und wohlgebildeten Knaben Die Harnröhre mündete an der Basis des in zwei Hälften getrennten Scrotums. Der ziemlich ausgebildete Penis war durch einen straffen Strang, der sich beim Versuch der Aufrichtung spannte, stark nach unten gekrümmt. An der Unterseite der Eichel war eine flache Rinne erkennbar, die als Andeutung der Harnröhre aufgefaßt werden konnte. Das Präputium war reichlich entwickelt. Um eine Harnröhre zu bilden, waren eine ganze Anzahl von Operationen nötig. Die erste Operation bezweckte die Geraderichtung des Gliedes. Es wurde ein Schnitt geführt, der in querer Richtung den vorspringenden Strang der Unterseite bis auf die Corpora cavernosa durchtrennte, und dieser dann in der Längsrichtung vereinigt. In der zweiten Operation wurde die Harnröhre im Bereich der

Glans gebildet. Es wurden zwei unter einem spitzen Winkel convergirende Incisionen an beiden Seiten der Harnröhrenrinne durch zwei Drittel der Eicheldicke gemacht, dann die Eicheloberfläche zu beiden Seiten der Schnitte angefrischt und diese Wundflächen über den durch die Incision geschaffenen Keil zusammengenäht. Es erfolgte Heilung per primam, und der Canal kam unter regelmäßigem Bougiren zur Ausheilung, ohne daß eine Verengerung an der Mündung der Harnröhre auftrat. Viel größere Schwierigkeiten machte die Bildung der Harnröhre im Bereich des eigentlichen Gliedes. Verf. benutzte hierzu das Präputium in ausgedehnterem Maße, als es bisher geschehen, als Material für die Bildung der Harnröhre. Durch zwei Operationen, einmal nach der Methode von Thiersch, das andere Mal nach der von Duplay, gelang es, zwei Brücken zu bilden, die eine im vorderen Teil des Penis nach der Glans zu, die andere an der Wurzel des Penis. Zwischen beiden bestand noch eine große Fistel, deren Schließung in Folge zu großer Spannung nicht gelang; ebenfalls bestand eine Fistel zwischen vorderer Brücke und Eichelcanal. Deshalb wurde die vordere Brücke abgelöst und nach gegenseitiger Anfrischung direct an die hintere Brücke zur Deckung der großen Fistel gelagert, und in den großen Defect zwischen Eichel und vorderer Brücke wurde das Präputium eingepflanzt. Dasselbe wurde an der dorsalen Seite durchtrennt, in Form zweier seitlicher Lappen nach der unteren Seite des Penis umgeklappt und hier in die angefrischten Wundränder so eingenäht, daß die Lappen wieder durch Naht vereinigt wurden. Die vordere Brücke verheilte mit der hinteren. Es blieb noch eine Fistel zwischen Glans und verlagertem Präputium und eine zweite an der Basis des Lappens, die sich durch Nachoperationen schließen ließen. Fast die gesamte untere Harnröhrenwand im Bereich des Penis gehörte ursprünglich dem Präputium an. Der ganze Penis ist an der unteren Seite etwas verkürzt, deshalb die Haut auf dem Dorsum schlaff. Schließlich blieb noch die Bildung der Harnröhre im scrotalen Teil und die Vereinigung der neuen Harnröhre mit dem centralen Ende, der völlige Schluß der Harnröhre im Perineum zu machen. Es gelang dies ziemlich leicht. Eine kleine restirende Fistel heilte unter regelmäßigem Bougiren nach Aetzung mit rauchender Salpetersäure. Der kleine Patient heilte vollkommen ohne Fistel, ohne Verengerung der Eichelöffnung, ohne Taschenöffnung mit Zurückhalten des Urins. Als Bougies, über die der Harnröhrencanal in den verschiedenen Operationen vereinigt wurde, benutzte Verf. dünne, für diesen Zweck hergestellte Glassonden, die völlig reizlos waren. Nur für die Verbindung der neuen Harnröhre mit dem centralen Ende kam schließlich als Dauerkatheter ein Nélaton zur Verwendung, der aber nur 24 Stunden liegen blieb R. L.

Prof. Sonnenburg (Berlin): **Bemerkungen über Urethrotomien.** (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 13.)

In den letzten sechs Jahren hat Sonnenburg wegen Strictur der Urethra 33mal operirt, darunter 1mal bei einer Frau. Es handelte sich

24mal um eine rein gonorrhoische, 6mal um eine traumatische und 3mal um eine rein entzündliche Strictur. Die Urethrotomia externa wurde in 22 Fällen ausgeführt, die interna in 5; 3mal wurde die interna und externa gemacht und 3mal der Katheterismus posterior. S. zieht die Urethrotomia interna vor, besonders bei langen und engen Stricturen. Bei stärkeren Callusmassen macht er die Urethrotomia externa. Die interna erklärt er bei aseptischen Operationen für gefahrlos. Es kommt bei dieser Methode hauptsächlich darauf an, daß die Bindegewebsfasern vollständig durchschnitten werden und unmittelbar nach der Operation durch Einführung eines dicken Katheters die Stricturstelle dilatirt wird. Hierdurch kommt auch die Blutung schnell zum Stehen. Es gelang, über 24 Patienten Nachricht zu erhalten, 2 davon waren erst vor $^1/_2$ Jahre operirt, bei den übrigen lag ein Zeitraum von 1—6 Jahren dazwischen. 12 (50 pCt.) sind dauernd geheilt. Von den 33 Patienten starben 4: 1 an Miliartuberculose, 1 an Urämie, 1 an Collaps und nur 1 an Sepsis in Folge der Operation. In diesem letzteren Fall hat sich der Patient den Katheter herausgerissen, wonach die Wiedereinführung nur sehr schwer gelang. Li.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Asknasi: **Beitrag zur Frage der Prostatahypertrophiebehandlung mittelst Castration.** (Wratschennyja Sapiski 1899, No. 5 u. 6.)

Der 83jährige Patient klagte über heftige Schmerzen im Gebiete der Harnblase und des Dammes und über Unvermögen, ohne Katheter Harn zu lassen. Die Beschwerden sollen seit 15 Jahren bestehen. Status praesens: Der Harn wird mittelst conischen Katheters No. 14 tagsüber alle drei Stunden, des Nachts alle zwei Stunden entleert. Er ist trübe, von alkalischer Reaction, enthält Beimischungen von Blut und Eiter. Die Prostata zeigt sich bei der Untersuchung per rectum 6—7 cm lang; die seitlichen Grenzen der Prostata konnten nicht palpirt werden. — Beiderseitige Castration. Nach 20 Tagen läßt sich der Katheter No. 14 leichter einführen, wie vor der Operation. Nach drei Monaten fühlte man mit einem Metallkatheter No. 18 einen Stein in der Harnblase; die Prostata zeigte sich etwas verkleinert. Nach vier Monaten Entfernung des Steines durch Sectio alta. Die Prostata fand sich während der Operation bedeutend in das Lumen der Harnblase hineinragend und beiderseits der Urethra gleichmäßig vergrößert. Nach $7^1/_2$ Monaten wurde der Patient entlassen, ohne daß ein weiterer Erfolg constatirt werden konnte. Der Patient mußte immer noch den Katheter, wenn auch in größeren Zwischenpausen, als vor der Operation, zu Hilfe nehmen. Der Harn war immer noch trübe, aber von saurer Reaction.

Harnröhre für Metallkatheter No. 20 durchgängig. Prostata bei der Untersuchung per rectum etwas abgeflacht. — In solchem Zustande verlebte der Patient einige Jahre. Er starb an hinzugetretener Myocarditis. Die Section ergab: Harnblase klein, Prostata derb, 6 cm lang, 5 cm breit in das Harnblasenlumen hineinragend.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte in der Prostata Drüsenbläschen, welche durch stark gewuchertes Bindegewebe von einander getrennt waren; ferner wurde nur eine geringe Anzahl glatter Muskelfasern constatirt. Es lag somit die adenomatöse Form der Prostatahypertrophie vor; jedoch war es in diesem Falle auf Grund des mikroskopischen Bildes schwer zu unterscheiden, ob die beobachtete Atrophie der Drüsenelemente und Hypertrophie des Bindegewebes in Folge der Operation eingetreten sind oder in Folge seniler Cirrhose. Die mikroskopische Untersuchung der Harnblasenwand ergab keine bedeutenden Veränderungen derselben, so daß daran nicht gezweifelt werden konnte, daß die Harnblase zu Lebzeiten des Patienten functionsfähig war. Den Mißerfolg, oder vielmehr den sehr geringen Erfolg der Operation, erklärt Verf. dadurch, daß die Hypertrophie der Prostata im vorliegenden Falle bereits in das Stadium der Cirrhose übergegangen war, daß die Prostata also sich nicht mehr viel verkleinern konnte. Verf. hält es ferner für möglich, daß auch in anderen Fällen mit ähnlichem klinischen Verlauf der Mißerfolg der Operation durch Cirrhose der Prostata in Verbindung mit Erkrankung der Harnblase bedingt wird. Die in solchen Fällen immerhin eintretende geringe Besserung führt Verf. auf Verringerung der Congestionserscheinungen zurück. Li.

Dr. Bereskin: **Fall von Prostatahypertrophiebehandlung mittelst partieller Resection des Vas deferens.** (Wratschebnyja Sapiski 1899, No. 5—6.)

Der 60jährige Patient bemerkte vor ungefähr zwei Jahren, daß ihm das Harnlassen schwerer, der Harnstrahl geringer, der Harndrang häufiger werde. Seit Mai 1897 Verschlimmerung des Zustandes, seit October desselben Jahres wöchentlich zweimalige Einführung von weichen Kathetern ab No. 14 ad No. 21. Status praesens: Mäßiges Fieber, Harnentleerung erschwert, häufiger Harndrang; Harn leicht trübe, sauer, geruchlos, mit unbedeutender Menge schleimig-eitrigen Niederschlags, ohne Blut; elastischer Katheter No. 19 passirt die Pars prostatica urethrae mit einiger Schwierigkeit; Morgens Erectionen, Potentia coeundi fehlt jedoch, letzter Coitus im August 1897. Prostata vergrößert, besonders rechter Teil, und ragt scharf in das Lumen des Mastdarms hinein, rechter Lobus der Prostata ca. 7 cm, linker ca. 5 cm lang. Verordnung: Täglich 4—5malige Entleerung des Harns mittelst Katheters und Ausspülung der Harnblase mit Borsäure. Schließlich wurde doch beschlossen, operativ vorzugehen, und zwar die beiderseitige Resection des Vas deferens vorzunehmen. Letztere wurde unter Cocainanästhesie und unter Excision eines je 4 cm langen Stückes des Vas deferens ausgeführt. Heilung per primam. Nach 15 Monaten sah

Verf. den Patienten wieder: Die Prostata war ebenso groß wie vor der Operation; auch sonst hat sich der Zustand des Patienten in keiner Weise verändert. Von einer Hodenatrophie war nichts zu sehen. Einmal wöchentlich war der Patient im Stande, den Coitus auszuführen. Li.

Rafin: **Hypertrophie de la prostate; intervention chirurgicale.** (Soc. des sciences méd. de Lyon, December 1898. Lyon médical 1899, 2, 53.)

R. hat in vier Fällen von Harnretention chirurgisch intervenirt; einmal hat er die beiderseitige Castration, in den anderen Fällen die Resection der Samenleiter vorgenommen. Nur in einem Falle acuter Retention erreichte er die Wiederherstellung der Blasenfunction, sonst waren die Resultate gleich Null. Er meint, nur in Fällen, wo die Blase noch etwas contractil und wo eine wirkliche Prostatahypertrophie (nicht Guyon's „Prostatismus") vorläge, erreichen solche Operationen etwas. Mankiewicz.

Dr. Carl Springer (Prag): **Zur Kenntnis der Cystenbildung aus dem Utriculus prostaticus.** (Zeitschrift für Heilkunde, Bd. 19, Heft 5 und 6.)

Auf Grund eingehender Untersuchungen, ausgeführt an vier einschlägigen Fällen aus Chiari's pathologisch-anatomischem Institut an der deutschen Universität in Prag, gelangt Verf. bezüglich der Frage der Cystenbildung aus dem Utriculus prostaticus zu folgenden Schlüssen:

1. Retentionscysten des Utriculus prostaticus, entstanden durch Verschluß seiner Mündung und darüber liegender Partien des „unteren Utriculusabschnittes" (Rüdinger) kommen nicht blos beim Neugeborenen, sondern auch beim Erwachsenen vor, in geringeren Graden sogar nicht allzu selten.

2. Der Verschluß ist teils durch Epithelverklebung, teils durch Bindegewebe neuer Bildung bewirkt.

3. In manchen Fällen ist als Ursache des Verschlusses eine vorausgegangene Entzündung der Harnröhrenschleimhaut — mit größter Wahrscheinlichkeit eine Gonorrhoe — anzusehen.

4. Selbst höhere Grade von cystischer Ausdehnung des Colliculus können bei Erwachsenen ohne anatomisch nachweisbare Folgen auf Harn- und Samenentleerung bleiben. M. L.

Dr. Rubinstein: **Acute Elephantiasis scroti.** (Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 15. Februar 1899. Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 10.)

Der 23jährige Patient gab an, er hätte vor acht Tagen nach dem Heben einer schweren Last eine Schwellung seiner beiden Hoden verspürt. Die Untersuchung ergab ein vielleicht um das Drei- oder Vierfache vergrößertes Scrotum. Die Hoden waren ziemlich schwer zu finden. R. tastete

sie etwa in der Mitte dieses vergrößerten Scrotums und fand eine sehr starke elephantiastische Verdickung der Haut des Hodens; die Haut des Penis war vollkommen frei geblieben. Durch eine Probepunction überzeugte sich R., daß von Hydrocele keine Spur vorhanden war und daß thatsächlich nichts weiter vorlag, als eine acute Elephantiasis der ganzen Scrotalhaut. Was die Aetiologie anbelangt, so kann man sich nur vorstellen, daß bei der starken Anspannung der Bauchmuskeln, wie sie beim Heben einer schweren Last stattfindet, die Lymphwege verlegt wurden, und daß die Lymphstauung im Stande ist, eine Veränderung der Inguinaldrüsen hervorzubringen, von denen wiederum die Stauung der Lymphcirculation in der Scrotalhaut ausgeht. Außerdem kommt ätiologisch noch in Betracht, daß bei den Patienten, ebenso wie in einem anderen ähnlichen Falle, chronische Gonorrhoe bestand. Es ist somit außerordentlich interessant, daß ein Trauma im Stande ist, bei Bestehen einer latenten Entzündung in dieser Weise zu wirken. Li.

Milton (Cairo): **Die Radicalbehandlung der Hydrocele durch partielle Excision des Hydrocelensackes vom Perineum aus.** (The Lancet, 25. Februar 1899.)

Die radicalen Operationsmethoden der Hydrocele weisen mancherlei Uebelstände auf. Selbst das von Kocher angegebene Verfahren — Dislocation der Hydrocele nach dem Inguinalcanal und Incision über diesem — ist wegen der häufigen Nachblutungen kein ideales zu nennen. Verf. hat nun letztere Methode in der Weise modificirt, daß er die Incisionsstelle von der Inguinalgegend nach dem Perineum hin verlegte. Er hat sich dieses Verfahrens in einer ganzen Anzahl von Fällen mit gutem Erfolg bedient. Die Operation ist leicht ausführbar. Nach Reinigung des Darms mittelst Purgantien und Klystiere bringt man den Kranken in Steinschnittlage, macht das Operationsfeld aseptisch und läßt durch einen Assistenten die Hydrocele, so weit es nur möglich ist, nach dem Perineum hin dislociren. Alsdann legt man am Perineum über der Hydrocele eine 2—3 Zoll lange Incision an, läßt den Inhalt ausfließen, zieht den Hydrocelensack mit einer Kornzange hervor, spaltet ihn der Länge nach und entfernt den größeren Teil seiner Wandung mittelst Scheere, indem man nur den Teil zurückläßt, der den Testikel umgiebt, wobei man in einer Entfernung von $^1/_2$ Zoll von diesem den Sack abschneidet. Die Beseitigung auch dieses Teiles des Sackes verursacht fast stets eine Orchitis. Nach Reposition des Testikels legt man ein dünnes Drainrohr ein, vernäht die Hautincision und applicirt einen T-förmigen Verband. Schon nach zwei Tagen kann man das Drainrohr und nach fünf Tagen die Nähte entfernen. Am Tage darauf kann Patient aufstehen und dann auch bald, mit einem das Perineum deckenden und das Scrotum hebenden Verband, seiner Beschäftigung nachgehen.

Bei diesem Verfahren müssen besonders folgende Punkte beachtet werden: 1. Man soll sich hüten, anstatt des Hydrocelensackes den Testikel zu incidiren; bei zweifelhafter Sachlage verschaffe man sich durch Einführung einer feinen Probenadel Gewißheit. 2. Man vermeide auch sonst

jede Verletzung des Testikels oder Samenstranges. 3. Man führe in die Wunde ein Drainrohr ein (das jedoch nach zwei Tagen wieder entfernt werden kann), wodurch am sichersten ein Hämatom verhütet wird. 4. Das Scrotum muß nach der Wundheilung noch längere Zeit in möglichst erhöhter Lage gehalten werden. Loewenthal.

Berger: **Traitement de la tuberculose testiculaire.** (Le progrès médical 1899, No. 16.)

Bei beginnender Hodentuberculose muß man die Castration machen, wenn die tuberculösen Veränderungen in der Zunahme begriffen sind und sie noch auf die eine Hälfte des Genitalapparates beschränkt sind. Die Operation ist noch nicht contraindicirt, wenn die Veränderungen sich schon auf das Vas deferens und selbst auf die Samenbläschen erstrecken. Man muß das Vas deferens reseciren, selbst wenn es gesund erscheint. Bei Erkrankung der Samenbläschen kann man diese auf dem inguinalen Wege besser als auf dem perinealen reseciren. Die Operation ist auch bei Tuberculose anderer Organe indicirt, vorausgesetzt, daß der Allgemeinzustand des Patienten dieselbe gestattet. Immerwahr (Berlin).

DDr. Donath und Hültl: **Ein Fall von Neuralgia spermatica. Resection des Nervus lumbo-inguinalis und N. spermaticus externus.** (Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 11.)

Der 23 Jahre alte Patient bekam als 10jähriger Knabe von einem Pferde einen Hufschlag auf die Stirn. Seit dem achten Lebensjahre leidet er jeden Sommer von Vormittags 8 Uhr bis Nachmittags 2 Uhr an linksseitiger Hemicranie. Ende 1894 bekam er einen Tripper mit darauffolgender linksseitiger Hodenentzündung, letztere dauerte vier Wochen. Seither hat er fortwährende Schmerzen im linken Hoden, welche den Samenstrang entlang in die linke Unterbauchgegend ausstrahlen Ein Ulcus will er nicht gehabt haben. Die mannigfachsten Mittel, wie: Santal-Midi, Jodtinctur, Ichthyol, Massage, Suspensorium änderten ebenso wenig an diesem qualvollen Zustande, wie die auf einer Klinik einen Monat lang consequent angewendeten kalten Umschläge auf den Hoden und endlich das Tragen eines Bruchbandes, dessen Pelotte den Samenstrang zu comprimiren hatte. Am 15. April 1898 erklärte Patient, daß seine Schmerzen unerträglich geworden sind, ihn an jeder anhaltenden Arbeit hindern und ihm auch den Schlaf rauben. Er forderte die operative Entfernung des Hodens. Der Kranke wurde bewogen, es noch mit dem bisher nicht angewendeten galvanischen Strom zu versuchen, der in der Richtung vom Hoden und Samenstrang zum Lendenmark applicirt wurde. Nachdem der Zustand sich auch hierauf nicht merklich geändert hatte, wurde Patient auf die chirurgische Abteilung Navratil's aufgenommen.

Status praesens (Anfangs Juni): An den sonst wohl ausgebildeten Geschlechtsorganen ist der Kopf des linken Nebenhodens etwa erdbeerengroß und härtlich anzufühlen. Nebstbei Varicocele. Weder der rechte

noch der linke Hoden, noch die linke Leistengegend sind auf mäßigen Druck schmerzhaft, doch zieht vom linken Hoden der spontane Schmerz gegen die linke Crista ossis ilei hin. Der Hauptsitz dieses Schmerzes ist in der Mittellinie des linken Hypogastriums, in der Höhe der Spina ant. sup. ossis ilei. Der Schmerz ist von Lageveränderungen des Kranken unabhängig, aber am quälendsten wird er bei Hungergefühl, wobei sich des Patienten ein hochgradiges Ermattungsgefühl bemächtigt. Druck auf das linke Hypogastrium lindert eher den Schmerz daselbst, der dann mehr im linken Hoden empfunden wird. Die allgemeine Untersuchung ergab, daß man es mit einem anämischen und an Hemicranie leidenden Individuum zu thun hat. Es läßt sich aber nicht mehr feststellen, ob die leichten Grade von Anämie und Neurasthenie Folgen des vierjährigen schweren Leidens waren oder schon vorher bestanden hatten.

Die Operation wurde am 8. Juni ausgeführt. Chloroformnarcose. Mit einem 14 cm langen Bogenschnitt, beginnend von der 11. Rippe, anfangs steil abwärts gerichtet, dann zwei Querfinger breit von der Spina ant. sup. ossis ilei medialwärts ziehend und ebenso weit über der Mitte des Ligamentum Poupartii endend, wurden sämtliche Schichten der Bauchwand durchtrennt, mit Ausnahme des Peritoneums. Der Peritonealsack wurde stumpf abgelöst, bis die Arteria iliaca communis sich präsentirte. Von den beiden Zweigen des nun leicht erkenntlichen Nervus genito-cruralis, nämlich dem Nervus spermaticus externus und Nervus lumbo-inguinalis, wurde ein 6—7 cm langes Stück resecirt. Die Ablösung des Peritoneums verursachte keine Blutung, und Unterbindungen in der Tiefe waren nicht nötig. Die Bauchwunde wurde mit sieben Silkworm-Knopfnähten, welche sämtliche Schichten in sich faßten, und mittelst einer die Hauträndер adaptirenden oberflächlichen Kürschner-Seidennaht geschlossen. Dauer der Operation vom Beginn der Narcose 30 Minuten.

Am 18. Juni Entfernung der Naht aus der per primam geheilten Wunde. Die am 26. Juni vorgenommene Untersuchung ergab: Seit der Operation vollständiges Aufhören der Schmerzen. Die physiologische Hodenempfindung beiderseits gleich. Auf der Vorderfläche des linken Oberschenkels — im oberen und mittleren Drittel — war eine 5,5 cm lange und 8 cm breite hypasthetische Fläche. Unmittelbar nach der Operation wurde aber an dieser Stelle selbst starkes Kneifen nicht schmerzhaft empfunden, und war die anästhetische Stelle auch von größerer Ausdehnung, was sich seither stetig gebessert hat Leider hielt aber diese Besserung nicht ganz an, denn am 26. August meldete Patient, daß seit einigen Tagen die Schmerzen im Hoden wiederkehrten, mit dem Unterschiede, daß das schmerzhafte Ausstrahlen in das Hypochondrium geringer sei. Doch ist der Appetit ein ausgezeichneter, Stuhl- und Urinentleerung regelmäßig geworden, was früher nicht der Fall war. Er ist leicht erregbar, kann der Schmerzen halber nicht ruhig sitzen. Die Tastempfindung ist im oberen Drittel des linken Oberschenkels, und zwar vorn und außen, stark herabgesetzt, auf den Genitalien

dagegen erhalten. Der linke Hode ist auf schwachen Druck schmerzhaft. Die Erectionen sind häufiger geworden. Die Libido sexualis ist jetzt lebhafter als vor der Operation, und nach dem Coitus findet eine Zunahme der Schmerzen im linken Hoden statt, welche selbst zwei Tage anzuhalten pflegt. Am 24. September ergab die Untersuchung, daß der Hode nicht mehr druckschmerzhaft ist, Patient besser sitzen könne und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit auch ganz schmerzfrei ist. Die Libido sexualis ist seit der Operation stark gesteigert geblieben, und nach dem Coitus sind die Schmerzen geringer.

Die Frage, ob der Sitz dieses „Hodenschmerzes“ peripher oder im Rückenmark gelegen sei, kann leider, nachdem die Recidive, wenngleich in sehr milder Form, eingetreten, nicht mit Sicherheit entschieden werden. Das bleibende Aufhören des Schmerzes wäre zweifellos ein Beweis für den peripheren Sitz gewesen, so aber ist nur an die Möglichkeit eines peripheren Sitzes zu denken, wenn der Hodenschmerz eine sympathische Neuralgie ist. Immerhin ist es aber wahrscheinlicher, daß es sich hier um einen centralen bezw. spinalen Sitz handelt, was aber nicht ausschließt, daß der Schmerz anfangs ein peripherer war, der dann aufwärts gestiegen ist. Bei der Beurteilung des Hodenschmerzes muß selbstverständlich auf die Möglichkeit des Vorhandenseins von Blasensteinen, im Ureter eingekeilten Nierenconcrementen, Hodentuberculose, Tabes Bedacht genommen werden. Die Unterscheidung wird wohl keine ernstlichen Schwierigkeiten machen. Nur bezüglich der im Ureter steckengebliebenen Nierenconcremente möchten wir für letztere differentialdiagnostisch die übermäßige Heftigkeit der Schmerzen, ihr plötzliches Auftreten und die Störung der Harnabsonderung hervorheben.

Lohnstein.

VII. Blase.

Sigurtà: **La cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri alla stato attuale.** (Associazione sanitaria Milanese. Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, No. 22.)

S. hat bei Guyon die große Wichtigkeit der Cystoskopie für Diagnose und Therapie schätzen gelernt. Der Kliniker kann drei Vorteile aus dem Verfahren ziehen: 1. Er kann viele sonst unmögliche oder unsichere Diagnosen mit absoluter Sicherheit stellen. 2. Er kann die Indicationen zu operativen Eingriffen sicher begründen. 3. Er kann den Verlauf verschiedener Krankheitsformen genau studiren. S. bedauert, daß die Cystoskopie, die in Deutschland, Frankreich, England, Oesterreich und Amerika brillante Ergebnisse geliefert habe, in Italien noch wenig verbreitet sei. Der Grund liege in dem Fehlen von Kliniken und Stationen für Harnchirurgie. Für

die einfache Cystoskopie empfiehlt S. das letzte Modell Nitze's, für den Harnleiterkatheterismus das Cystoskop Albarran's. Er schreibt ihm den Vorteil der guten Beweglichkeit des Harnleiterkatheters zu.

S. bespricht nun die Schwierigkeiten, die sich der Ausführung der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus entgegenstellen, Schmerzen, Gefahren für die Blase durch Verletzung oder Infection und Schwierigkeit im Auffinden der Ureteren. Geduld und Erfahrung überwinden dieselben. Am schwierigsten ist es, scharfe Indicationen für das Verfahren zu finden.

Bei den Erkrankungen der Prostata gelingt es mit der Cystoskopie besser als mit anderen Methoden, den Grad und besonders die Form einer Hypertrophie festzustellen. So ist eine Indicationsstellung für das einzuschlagende Heilverfahren erleichtert, und S. leitet aus der Verbreitung der cystoskopischen Methode in Deutschland und Oesterreich die Thatsache ab, daß hier die Bottini'sche Operation so schnell Eingang gefunden hat. Bei Blasenkrankheiten leistet die Cystoskopie Dienste für die Diagnosenstellung zweifelhafter Cystitisfälle, ferner ist sie unschätzbar bei unsicheren Steinen, Fremdkörpern und namentlich bei Geschwülsten der Blase, über deren Form, Sitz und Natur sie unterrichten kann. Für den Ureterenkatheterismus kommen die Fälle von renaler Retention (Pyelitis, Pyelonephritis, Pyelonephrose, Hydronephrose), von Verletzungen, Lithiasis, Tumoren und Tuberculose der Nieren und Krampf, Steine, Verengerungen und Verlegung der Ureteren in Betracht. Ueber den therapeutischen Wert des Katheterismus scheinen S. nur die französischen Publicationen bekannt zu sein. Er citirt Albarran, Reynes, Hamonich.

S. plaidirt für die Einrichtung von Abteilungen für Harnchirurgie, damit die Erlernung der cystoskopischen Methoden in Italien ermöglicht werde.

Dreyer (Köln).

Imbert und Gaujon: **Note sur un cas de bactériurie.** (Ann. des mal. gén.-urin. 1899, No. 3.)

Verff. schildern den Krankheitsfall eines 34jährigen Mannes, welcher mehrere Gonorrhoen durchgemacht hat Der Urin war andauernd trübe, enthielt zahlreiche Bacterien und in sehr geringer Menge Eiterkörperchen. Auf Darreichung von Salol bis zu 10 g pro die trat Heilung ein.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Huldschiner: **Reizbare Blase und Blasendivertikel.** (Centralblatt für Harn- und Sexualorgane 1899, Heft 4.)

Verf. hat vier Fälle von reizbarer Blase, „irritable bladder" beobachtet. Zwei davon äußerten sich als Teilerscheinung einer allgemeinen Neurasthenie. In den beiden anderen fand er cystoskopisch ein circumscriptes, angeborenes Blasendivertikel, welches er für die Grundlage der Blasenneurose anspricht. Für alle Fälle hält er es für hochwichtig, zu cystoskopiren. Die Therapie soll keine ätzende, sondern eine schonende, mehr suggestive sein, also etwa: Psychrophor, Heilgymnastik. Stockmann (Königsberg).

Hiram N. Vineberg: **The Diagnosis and Treatment of the more common Bladder Affections in Women by Means of Kelly's Method.** (New York Medical Journal, 7. Mai 1899.)

Vineberg bricht in dieser Arbeit eine Lanze für die Kelly'sche Methode der Untersuchung und Behandlung der Blasenkrankheiten; er hat sie innerhalb drei Jahre an über 100 Fällen angewendet, hat nie eine Incontinenz darnach oder eine sonstige Schädigung der Urethra beobachtet (Cystoskop No. 8, 10 oder 12). Die Methode ist von Kelly sehr vereinfacht, man schätzt ihre, in Deutschland noch unbekannten, Vorteile viel zu wenig; man benutzt einfache, leicht sterilisirbare Instrumente, deren Anwendung leicht zu erlernen ist, man beobachtet das Object direct und kann direct Medicamente auf die Blasenschleimhaut bringen. Am häufigsten beobachtete Verfasser Zustände von „irritable bladder; in der größten Mehrzahl der Fälle war das Symptom abhängig von einer am Trigonum localisirten, in kleinen irregulären Flecken auftretenden Hyperämie der Blasenschleimhaut, „Trigonitis"; einige Male wurden bei den mehr als 50 Patientinnen 5—10proc. Argent. nitric.-Lösungen direct auf die Stellen applicirt, stets mit curativem Effect. In der Frequenz die nächste ist die catarrhalische Cystitis; sehr selten ist die ganze Mucosa in gleicher Weise afficirt, meist wechseln gesunde mit kranken Stellen ab, oberflächliche kleine Ulcera sind nicht selten. Zweimal wurde eine hämorrhagische Cystitis bei schwangeren Frauen beobachtet, der Blutgehalt des Urins stand in keinem Verhältnis zu den subjectiven und objectiven Symptomen. Zwei Fälle von Blasentuberculose kamen weiter zur Beobachtung. Einer, bei einer 47jährigen Frau, wird genauer beschrieben; seit sechs Jahren bestehend, hatte er niemals zur Hämaturie geführt, Diagnose wurde aus dem Harnbefund (Tuberculose) und dem cystoskopischen Bild (ausgedehnter roter Fleck, Tuberkel an der hintern Blasenwand) gestellt; wöchentliche Applicationen von 5—40proc. Silbernitratlösungen führten eine wesentliche Besserung herbei. Blanck (Potsdam).

Dr. Otto Wendel (Tübingen): **Zur Casuistik der Haarnadeln in der weiblichen Harnblase.** (Beiträge zur klin. Chirurgie 1899, Bd. 23, Heft 2.)

Vorliegendem Beitrage liegen neun Fälle zu Grunde, die sämtlich dem weiblichen Geschlecht angehören und Individuen im Alter von 20–31 Jahren betreffen. Nur eine Patientin war 11 Jahre alt. Die Haarnadeln wurden zu masturbatorischen Zwecken benutzt und gelangten dadurch, daß sie der Hand entschlüpften, in die Harnblase. Allen Fällen gemeinsam ist das sofortige Auftreten der Beschwerden, was bei der bekannten Toleranz der Harnblase gegen wenig voluminöse und glatte Fremdkörper in den Fällen des Verfassers auf die Form der Fremdkörper zurückzuführen ist. Die spitzen Enden der Haarnadel üben nämlich bei Zusammenziehungen

der Harnblase, also beim Uriniren, aber auch in der Ruhe einen Reiz auf die Blasenwand aus und verursachen dadurch beständige ‚Schmerzen und Urindrang. Weiterhin entstehen Verletzungen der Harnblase, die zu Blutungen führen; die Wand kann angespießt und sogar perforirt werden. Eine regelmäßige Begleiterscheinnng ist die Cystitis, die von der leichten Form an mit geringer Trübung des Urins bis zu den schwersten mit Verjauchung auftreten kann. Der Blasencatarrh pflegt schon in den ersten Tagen aufzutreten.

Die subjectiven Beschwerden sind gewöhnlich so schwere, daß die Patientinnen frühzeitig den Arzt aufsuchen. Leider wird der wahre Grund des Leidens bisweilen hartnäckig verheimlicht und dadurch die Behandlung erschwert. Gewöhnlich gelingt es zwar mit dem Katheter, der Steinsonde oder per vaginam eine richtige Diagnose zu stellen; jedoch kommt es vor, daß der Fremdkörper dem Untersuchenden entgeht. Nach dem Cystoskop bewährt sich in solchen Fällen als vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel die Durchleuchtung und photographische Aufnahme mit Hilfe der Röntgenstrahlen. Man erhält dadurch, ohne daß die Patientinnen irgend welcher Unannehmlichkeit ausgesetzt sind, Aufschluß nicht blos über das Vorhandensein, sondern auch über die Lage der Nadel, speciell über die Richtung, nach welcher die Spitzen liegen. Dieselben liegen stets mehr oder weniger quer.

In den Fällen des Verfassers lagen die Haarnadeln verschieden lange Zeit in der Harnblase: von 5 Tagen bis 17 Monaten. Zweimal war über die Zeit jedoch nichts zu erfahren. In fünf Fällen kam es zur Steinbildung. In dem einen Falle war der Stein nach $7^1/_2$monatlichem Verweilen der Nadel in der Harnblase wallnußgroß; jedoch hängt die Größe des Steines nicht allein von der Zeit ab, welche der Fremdkörper in der Blase lag. Es scheint, daß die Steinbildung in der Mitte der Schenkel beginnt und sich nach den Seiten hinzieht, und zwar vollständiger nach dem Bogen zu, als nach den freien Enden, welche die Blasenwand eher anspießen.

Die Entfernung wurde immer per urethram versucht; sie gelang auch, wenn die Nadel noch nicht incrustirt war, immer (vier Fälle). In Narcose wurde die Harnröhre rasch mit Hegar'schen Pflöcken resp. Simon'schen Speculis oder Mastdarmbougies erweitert; das stark gespannte Orif. ext. urethrae mußte dabei etwas eingekerbt werden. Die Dilatation wurde so weit durchgeführt, daß man mit einem Finger eingehen konnte; dann wurde neben dem Finger eine schmale Zange eingeführt, der Bogen der Nadel gefaßt und die Nadel extrahirt. Die rasche Dilatation hatte keine weiteren üblen Folgen. In zwei Fällen stellte sich Incontinenz der Blase ein, sie verschwand jedoch in zwei Tagen. In fünf Fällen waren die Nadeln mehr oder weniger von Phosphaten eingehüllt; in zwei von diesen Fällen gelang es, Stein und Nadel gleichfalls per urethram zu entfernen. Bei den drei übrigen Fällen war die Sectio alta nötig. Die Heilung verlief auch in diesen Fällen vollkommen glatt.

Lubowski.

Berthold Goldberg: **Extraction einer Bougie filiforme conductrice aus der Harnblase eines Stricturirten.** (Centralblatt für Harn- und Sexualorgane 1899, Heft 4.)

Gelegentlich Vornahme einer internen Urethrotomie bei einem Stricturirten, bei welchem Charrière 12 glatt hindurch ging, blieb die Bougie conductrice filiforme von 1—2 mm Durchmesser, welche angeschraubt war an die Leitrinne des Maisonneuve von Charrière 9, in der Blase zurück. 48 Stunden lang Verweilkatheter; tägliche Ausspülung der Blase mit 1‰ Arg.-Lösung. Sechs Tage nach der Urethrotomie wird cystoskopisch festgestellt, daß die Bougie quer aufgerollt vor dem Blasenhals sitzt. Leichte Einführung eines Collin'schen Lithotriptors 00 mit löffelförmigen Branchen und einer Schnabelstärke von No. 18 Charrière und Extraction. Heilung. Das Abgleiten und Zurückbleiben der Bougie geschah deshalb, weil selbige nur einfach in die Metallfassung eingeschraubt war. Vergne kündigt nunmehr für die Zukunft eine intensivere und zuverlässigere Befestigungsmethode an. Stockmann (Königsberg).

Harrison (London): **Einige Fälle von Blasenblutung mit erheblicher Ausdehnung der Blase bei männlichen Individuen.** (The Lancet, 25. Februar 1899.)

Eine erhebliche Ausdehnung der Blase durch einen Bluterguß ist nicht häufig und tritt gewöhnlich nur in solchen Fällen ein, wo die Blasenmusculatur in Folge einer chronischen Harnröhrenstrictur oder einer Prostatahypertrophie geschwächt ist. Zuweilen wird hierbei die Blase bis zur Größe eines im siebenten Monat graviden Uterus ausgedehnt. Die Behandlung derartiger Blasenblutungen gestaltet sich durch die meist vorhandene, mehr oder weniger erhebliche Obstruction der Urethra noch besonders schwierig. Dies war auch in den vom Verf. beobachteten Fällen der Fall. Der erste betraf einen 37jährigen Mann, der seit drei Jahren an einer vernachlässigten Harnröhrenstrictur litt. Bald nach einer vorgenommenen Katheterisation, die sich übrigens ohne besondere Schwierigkeiten bewerkstelligen ließ, stellten sich heftige Schmerzen in der Blasengegend und profuse Schweiße ein. Auch konnten nur geringe Mengen Urin, der blutig tingirt war, entleert werden. Die Blase war bis zum Nabel ausgedehnt und prall gefüllt. Man beseitigte in der Narcose die Strictur und entfernte dann aus der Blase mittelst Katheter-Aspirator unter ziemlich erheblicher Mühe eine große Menge flüssigen und geronnenen Blutes. Die Strictur blieb dauernd beseitigt, nicht aber die Blasenatonie, so daß zur Entfernung des Residualharns ständig der Katheter gebraucht werden mußte. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 72jährigen Mann mit Prostatahypertrophie, bei dem spontan eine hochgradige Blasenblutung mit enormer Ausdehnung der Blase eingetreten war. Die Blase wurde wie in dem vorigen Falle entleert, nachdem, wie sich ergab, die sehr großen Blutcoagula mittelst Lithotriptor zerkleinert worden waren. Bei alten Leuten sind derartige spontane Blasen-

blutungen nicht selten. Sie sind analog der Gehirnapoplexie — Blasenapoplexie. Der dritte Fall betraf einen 47jährigen Mann mit einer alten Urethralstrictur, bei dem ebenfalls nach einer Katheterisation eine hochgradige Blasenblutung aufgetreten war. Doch mußte hier die externe Urethrotomie ausgeführt werden und wurde dann auch die Blase vom Perineum aus entleert. Im letzten Falle endlich war die Blasenblutung auf ganz eigenartige Weise dadurch zu Stande gekommen, daß der an einer Prostatahypertrophie leidende Kranke sich während einer Eisenbahnfahrt katheterisirte, wobei er durch einen Ruck des Wagens gegen die Wand geschleudert wurde. Die offenbar durch die Verletzung der Prostata (woran sich später noch eine Epididymitis anschloß) bewirkte Blasenblutung war sehr erheblich, konnte jedoch mittelst Katheter beseitigt werden. Loewenthal.

Sigmund Mirabeau: **Ueber trophische Blasenstörungen nach gynäkologischen Operationen.** (Centralbl. f. Gynäkol. 1899, No. 11.)

Störungen von Seiten der Blase nach gynäkologischen Operationen sind mehrfach beobachtet worden; und seit die cystoskopische Untersuchungsmethode mehr in Aufnahme gekommen ist, hat man eine Reihe von neuen Momenten für die postoperativen Blasenbeschwerden gefunden. Meist handelte es sich um Seiden- oder Silberdrahtligaturen, die vom Operationsfeld in die Blase eingewandert waren; nach der Entfernung der Ligaturen aus der Blase gelang es in diesen Fällen meist sehr rasch, die Blasenbeschwerden zu beseitigen. Verf. hat nun Gelegenheit gehabt, in zwei Fällen eine andere Form von postoperativer Blasenerkrankung auf cystoskopischem Wege kennen zu lernen Und zwar fand er in beiden Fällen das Bild hochgradiger Circulations- und Ernährungsstörung der Blase mit Atrophie und stellenweisem Oedem der Schleimhaut. Er meint, daß dieser Erkrankung primär Circulationsstörungen zu Grunde liegen, herbeigeführt durch die während der Operation erfolgte Abbindung der Blasengefäße. Immerwahr (Berlin).

John J. Mc Grath (New-York): **Report of a Case of Tuberculosis of the Bladder with Some Observations.** (New York Medical Journal, 21. Januar 1899.)

Mc Grath beschreibt ganz kurz einen Fall von Blasentuberculose bei einem 25jährigen Mann, der durch die suprapubische Cystotomie und folgende Drainage und tägliche Auswaschungen nach 10 Monaten vollkommen gesundete (trotz klaren Urins und fehlender subjectiver Symptome hätte die Cystoskopie das Resultat controliren sollen). Im Anschluss bespricht Verf. die Klinik der Blasentuberculose, ohne wesentlich Neues zu bringen. Statt der Cystoskopie (die wegen Schmerzhaftigkeit und Trübung des Blaseninhalts nicht als unmöglich hingestellt werden sollte, Ref.) empfiehlt Mc Grath in zweifelhaften Fällen die exploratorische suprapubische Cystotomie, die zugleich ein vorzügliches therapeutisches Agens darstelle,

da man direkt die kranken Stellen durch Curette oder Paquelin etc. in Angriff nehmen könne. Selbst in Fällen von secundärer Blasentuberculose, wenn noch andere Organe im Körper tuberculös erkrankt sind, sind wir instande, auf diese Weise eine Heilung zu erzielen. Man versäume nicht viel Zeit durch Blasenspülungen, denn die Resultate werden schlechter, wenn erst die Nieren ergriffen sind. In vorgerückten Fällen von Lungentuberculose ist die Operation nur bei unerträglichen Schmerzen indicirt.

Blanck (Potsdam).

Prof. Weljaminow (Petersburg): **Beitrag zur Frage der operativen Behandlung der Harnblasengeschwülste. Vollständige Exstirpation der Harnblase.** (Vortrag mit Demonstration in der medic.-chirurgischen Gesellschaft zu Petersburg. Bolnitschnaja Gazeta Botkina 1899, No. 13.)

Die Entfernung von Harnblasenneubildungen ist eine Operation der neueren Zeit, wenn gleich die Technik dieser Operation so vervollkommnet ist, daß die Indication zur chirurgischen Behandlung der Harnblasenneubildungen immer häufiger festgestellt wird. Vortr. hat innerhalb der letzten 4 Jahre 5 Fälle von Harnblasenneubildungen beobachtet, von denen 3 auf Grund der vorliegenden Indicationen operirt worden sind. Man hat gegenwärtig 3 Methoden der chirurgischen Behandlung der Harnblasengeschwülste: 1. Exstirpation der auf einem Stiel sitzenden Geschwülste per Sectionem altam ohne Verletzung der Harnblasenwand. Es sind dies gutartige Papillome oder Polypen der Harnblase, die viel schwerer zu diagnosticiren, als zu behandeln sind. 2. Partielle Resection der Harnblasenwand samt der Geschwulst, wobei die Größe des excidirten Teiles sehr verschieden ist. Diese Methode macht immer größere Fortschritte, was schon aus dem Umstande zu ersehen ist, daß Vortr. gelegentlich seiner vor 2 Jahren erfolgten Publication dieser Methode im Ganzen 28 und Wendel im Jahre 1898 bereits 57 derartige Fälle hat feststellen können. Diese Methode giebt aber eine Mortalität von 24½ pCt., welche in der Wirklichkeit zweifellos viel höher ist, da viele letal verlaufene Fälle zur Veröffentlichung nicht gelangt sind. Die Methode ist in Folge dessen als gefährlich anzusehen. Die weitgehendste Resection, und zwar bis auf ungefähr ⅔ der Harnblase, ist vom Vortr. an einer Patientin gemacht worden, die ½ Jahr später an Metastasen in anderen Organen zu Grunde ging. 3. In diesem Jahre hatte Vortr. Gelegenheit, auch die 3. Methode der chirurgischen Behandlung der Harnblasengeschwülste und zwar die Totalexstirpation der Harnblase anzuwenden. Diese, zuerst von Bardenheuer im Jahre 1887 vorgeschlagene Operation ist bis auf Winiwarter 10mal ausgeführt worden. In dem elften von diesem letzteren herrührenden Falle wurde die Harnblase samt den äußeren Genitalien entfernt und die Ureteren in das Rectum eingenäht Der Fall des Vortr. ist somit der zwölfte. Von diesen 12 Fällen betreffen 7 Männer und 5 Frauen. Geheilt sind 2 Männer und 2 Frauen.

Im Falle des Vortr. handelte es sich um eine 45jährige, stets gesund

gewesene Patientin, die im Frühling 1898 zum erstenmal Schmerzen oberhalb der Symphyse verspürt hatte. Im August desselben Jahres stellten sich häufiger Harndrang und weißer Niederschlag im gelassenen Urin ein, so daß die behandelnden Aerzte zuerst Cystitis und dann Blasenstein diagnosticirt hatten. Ferner gesellten sich Harnincontinenz, Tenesmen, reichliche Blutungen, sowie Abgang von Blutgerinnseln aus der Harnblase hinzu. Die Untersuchung der stark abgemagerten, blutarmen Patientin ergab oberhalb der Symphyse eine harte, höckerige, kindskopfgroße, schmerzhafte, einigermaßen bewegliche Geschwulst, welche von der Höhle des kleinen Beckens ausging; die Untersuchung per rectum und per vaginam zeigte, daß die Gebärmutter intact war, und bestätigte somit die Vermutung, daß die Geschwulst an der Harnblase saß. Von einer Untersuchung der Harnblasenhöhle mittelst Catheters mußte man wegen außerordentlicher Schmerzhaftigkeit der Manipulation Abstand nehmen; bei Einführung des Catheters gewann man den Eindruck, als ob sich derselbe in einen Brei versenkte. Die microskopische Untersuchung des Harns ergab in demselben Tripelphosphatcrystalle, flache Epithelzellen, rote und weiße Blutkörperchen.

Operation: Querschnitt nach Trendelenburg in Trendelenburg'scher Lage. Man stieß sofort auf eine Geschwulst, die mit einem Teil des Bauchfells verwachsen und in Folge dessen aus der Höhle des kleinen Beckens schwer herauszuwälzen war; man mußte den betreffenden Teil des Bauchfells reseciren und die aus der Peritonealhöhle herausfallenden Gedärme mittelst Compresse nach oben verschieben. Die Geschwulst wurde teilweise auf stumpfem Wege, teilweise mit dem Messer herausgeschält; die Ureteren schnitt Vortr. von der Harnblase weg und nähte sie in die Scheide ein; schließlich wurde die Harnröhre dicht an der Geschwulst durchschnitten und die ganze Höhle mit Mikulicz'schen Tampons ausgefüllt. In den ersten 4 Tagen nach der Operation fühlte sich die Patientin verhältnismäßig gut; am 5. Tage stellte sich bei niedriger Temperatur Erbrechen, trockene Zunge, bedeutende Pulsbeschleunigung ein, mit einem Worte, das vollständige Bild einer septischen Allgemeininfection. Am 8. Tage starb die Patientin. Der Tod erfolgte nach Ansicht des Vortr. nicht infolge von septischer Peritonitis, sondern infolge von Autointoxication bedingt durch Parese des Darmcanals. Es fehlten nämlich im klinischen Bilde jegliche Symptome von septischer Peritonitis. Die Section hat die Ansicht des Vortr. bezüglich der Todesursache bestätigt. Li.

Kaczkowski: **Eine neue Methode der Harnblasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der Harninfiltration.** (Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 11.)

Der Apparat, mit dem Verf. allen an eine zweckmäßige Harnblasendrainage nach Sectio alta zu stellenden Forderungen genügen zu können glaubt, besteht aus einem Gummiballon und einem Bunsen'schen Aspirator. Die Form des Ballons resultirt von einer ganzen Reihe von an Leichen hergestellten Gipsabgüssen der Harnblase und Operationswunden nach

Sectio alta. Der Ballon ist aus zwei Teilen zusammengesetzt, aus einem unteren, welcher in der Blase, und aus einem oberen, welcher teils zwischen den Wundrändern, teils auf den äußeren Bauchdecken zu liegen kommt. Beide Teile stehen vermittelst eines schlanken Stiels mit einander in Verbindung. Der Ballon ist aus Gummi hergestellt und läßt sich leicht mit einer gewöhnlichen Wundspritze durch ein Rohr aufblasen. Durch den ganzen Ballon ist eine starrwandige, weitkalibrige Röhre durchgeführt, welche nach dem Durchtritt aus dem unteren Teil des Ballons gegen vorn gekrümmt ist. In diesem gekrümmten Abschnitt ist an der oberen, d. i. an der dem unteren Teil des Ballons zugewendeten Seite, eine kleine Oeffnung angebracht. Die Anwendung des Ballons geschieht auf folgende Weise:

Der zusammengerollte Ballon wird in die Operationswunde nach Sectio alta so eingeführt, daß der untere Teil desselben mit seinem tiefsten Abschnitt und dem Ende des Rohrs der Symphyse zugewendet, in die Blase zu liegen kommt, der obere dagegen im Niveau der Bauchdeckenwundränder eingestellt bleibt. Nachher wird der Ballon mittelst einer Wundspritze aufgeblasen. Der untere Teil des Ballons füllt genau das obere Blasensegment aus, hebt die Blasenwand empor und drückt sie gegen die Bauchwand an, indes der obere Teil sich aus der Wunde erhebt und an den Bauchdecken entfaltet. Es wird also die Blasenwand der Bauchwand genähert, was eine dichte Schließung des Cavum praevesicale Retzii zur Folge hat und Verhältnisse schafft, die genaue Adhäsionen der Blase mit der Bauchwand ermöglichen. Die oben bezeichnete, durch den ganzen Ballon durchgeführte Röhre wird mittelst eines Gummischlauchs mit einem größeren Rohr verbunden. Das zweite Rohr wird mit einem Bunsen'schen Aspirator verbunden. Der starke Fall des aus einer Leitung zugeführten Wassers bewirkt das Entstehen eines bedeutenden Druckunterschiedes in der Blase und dem Glasgefäß, in Folge dessen ein Abfließen des Harns in das Gefäß. Es wird also der sich in der Blase ansammelnde Harn tropfenweise in das Glasgefäß aspirirt Nachdem die Blase sich entleert hat, contrahiren sich ihre Wände um den Ballon. Die Gefahr, es möchte dabei die eng anliegende Schleimhaut die Katheteröffnung verlegen, ist fast völlig ausgeschlossen. Die in Betracht kommende Oeffnung befindet sich nämlich an der dem unteren Teil des Ballons zugewendeten Seite des Rohrs. Obwohl die Blase sich um den Ballon eng contrahirt, bleibt doch stets zwischen letzterem und dem Rohr ein freier Raum übrig, aus welchem der Harn tropfenweise aspirirt wird, insofern der Druck in der Blase die Höhe des atmosphärischen nicht übersteigt. Letzterer Zustand tritt z. B. bei sehr heftigen Hustenstößen ein. Unter solchen Umständen könnte es geschehen, daß der Harn in minimaler Menge neben dem Ballon abfließen würde, wobei er aber nicht in den prävesicalen Raum, wo der Druck auch gestiegen ist, sondern nach außen gelangen müßte. Der geschilderte Apparat erfüllt somit folgende Aufgaben:

1. Er schließt die Blasenwunde genau und verhindert eine Infection der Blase von außen her.

2. Er verhindert den Eintritt von Harn in die Wunde und den prävesicalen Raum, fördert also die Wucherung von Granulationen.

3. Er nähert die Blasenwand den Bauchdecken, was ein Zustandekommen von exacten Adhäsionen zur Folge hat.

4. Er leitet genau den Harn ab, so daß der angelegte Verband völlig trocken verbleibt.

5 Er erlaubt auf sehr bequeme Weise permanente Irrigationen auszuführen, wodurch er nicht nur einer Harninfiltration, sondern auch einer Pyelonephritis, zu deren Zustandekommen eine Stagnation von Harn in der Blase viel beiträgt, mit voller Sicherheit vorbeugt. Lohnstein.

Chavasse (Birmingham): **Eine neue Operationsmethode für die Ectopie der weiblichen Harnblase.** (The Lancet, 21. Jan. 1899.)

Diese Methode hatte Verf. Gelegenheit, bei einem vierjährigen Mädchen auszuführen, bei dem bereits von anderer Seite eine plastische Operation erfolglos unternommen worden war. Der congenitale Defect zeigte das gewöhnliche Bild. Es wurde zunächst die Trendelenburg'sche Operation — Durchtrennung beider Synchondroses sacro-iliacae und Annäherung beider Ossa innominata durch einen von den Nates her gegendrückenden Verband — vorgenommen. Nach fünf Tagen war die ectopirte Blase auch prompt in das Becken zurückgesunken, und nach 14 Tagen war die Abdominalöffnung bis auf eine schlitzartige Spalte reducirt. Doch verheilte letztere bei dem stark heruntergekommenen Kinde nicht, vielmehr prolabirte die Blasenwand allmählich von Neuem, nachdem der gegendrückende Verband, um dem Kinde Bewegung in frischer Luft zu ermöglichen, entfernt worden war. Verf. ging nunmehr, sechs Monate nach der ersten Operation, in folgender Weise vor: Er legte in beide Ureteren je einen geraden Katheter ein, trennte dann die Ureteren von der Blase ab, legte im oberen Teile der vorderen Vaginalwand zwei schief verlaufende Oeffnungen an und befestigte in diesen die Ureteren, jeden an seiner Seite, mittelst Pferdehaarsuturen. Darauf exstirpirte Ch. den ganzen exponirten Teil der Blase und füllte die Höhle mit Jodoformgaze aus. Der Urin trat nunmehr durch die beiden vor den Labien befindlichen Katheteröffnungen aus. Der rechte Katheter schlüpfte am dritten Tage spontan heraus, und am folgenden wurde auch der linke entfernt, so daß der Urin sich fortan in die Vagina entleerte. Sieben Wochen darauf wurde der Abdominaldefect durch eine plastische Operation mit Erfolg geschlossen, und konnte Patientin dann später als geheilt entlassen werden. Das Allgemeinbefinden hat sich seitdem erheblich gebessert; das Kind ißt mit Appetit und läuft den größten Teil des Tages munter umher. Am Tage wird der ständig abträufelnde Urin in einem Gummiurinal, des Nachts durch absorbirende Watte aufgefangen. Dies geschieht nun bereits länger als ein Jahr, ohne daß sich Unzuträglichkeiten (Excoriationen etc.) eingestellt hätten. Ob diese auch mit Beginn der Pubertät ausbleiben werden, muß abgewartet werden. Es ist ferner auch nicht unmöglich, daß mit der Zeit eine oder beide Ureterenöffnungen in der Vagina stenosiren und es

dann zur Entwicklung einer Hydronephrose oder einer Pyelitis kommen wird. Jedenfalls indessen ist die beschriebene Methode bei der weiblichen Blasenectopie dringend zu empfehlen. Loewenthal.

VIII. Ureter, Niere etc.

P. J. Freyer (London): **Operation for impacted Stone in the Ureter.** (The British Medical Journal, 28. Januar 1899.)

In der Sitzung der „Medical Society of London" vom 23. I. 99 berichtete Freyer über zwei Fälle, die mit Erfolg von ihm wegen eingekeilten Uretersteines operirt waren. In dem ersten Fall handelte es sich um einen 23jährigen Offizier, der seit $1^1/_2$ Jahren an Nierenkoliken und Hämaturie litt. Bei der Nephrotomie konnte erst 4 Zoll vom Becken entfernt im Ureter mittels eines Catheters das Hindernis entdeckt werden. Ureterotomie, Heilung. Der zweite Fall betraf einen 52jährigen Mann, der an multiplen Harnröhrenstricturen und Symptomen von Nierenstein litt. Exploration der linken Niere vor zwei Jahren hatte nur vorübergehende Besserung erzielt. Wiederholung dieser Operation, kein Erfolg. Cystoskopie ergab einen langen, schmalen, bleistiftförmigen Stein, der vom rechten Ureter in die Blase hineinragte. Entfernung desselben mittels Lithotriptor, Heilung. — Ueber einen ähnlichen Fall berichtete in derselben Sitzung Bruce Clarke. —

Blanck (Potsdam).

A. Mackenrodt: **Die Operation der Ureterfisteln und Ureterverletzungen.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 12.)

Die chirurgische Behandlung der Ureter-Scheidenfistel wird meistens intraperitoneal ausgeführt; es muß aber ohne Weiteres einleuchten, daß ein rein transperitoneales Verfahren, ohne jede Verletzung des Peritonealraumes, welches die Uebersicht über den ganzen Ureterenverlauf von der Blase bis zur Niere zugänglich macht, das ideale Streben sein muß, weil man hiermit der großen Infectionsgefahr des intraperitonealen Verfahrens aus dem Wege geht. Der Hautschnitt muß an der Rectusgrenze und parallel derselben geführt werden, genügend lang; dann werden darunter das dünne Blatt und die Fascien der Obliqui und des Transversus vorsichtig durchtrennt bis auf das subseröse Gewebe. Vorsichtig und langsam wird nun mit dem Finger das Peritoneum von der Bauchwand nach der Spina zu und sodann von der Beckenwand nach unten bis an die Iliaca abgeschoben, genügend breit, daß man bequem Alles sehen und fühlen kann. Es ist aber als Regel festzuhalten, daß in jedem Falle die langgestreckten Vasa spermatica am Bauchfell festhaften und mit ihm zusammen von der Beckenwand abgehoben werden. Liegt der Ureter für das Gesicht völlig frei, so wird das ab-

geschobene Peritoneum mit den dahinter gelegenen Därmen mittelst breiter Seitenhebel oder Bauchspecula zurückgehalten. Erscheint der Ureter normal, so kann nun seine Einpflanzung unmittelbar erfolgen; ist er pathologisch verändert, so muß man ihn mit dem Finger bis zur Niere verfolgen. Soll die Einpflanzung vorgenommen werden, so muß zunächst der Ureter nach der Scheide zu von der Gabelung der Iliaca ab emporgehoben und losgelöst werden. Vor seiner Fistelmündung wird er abgeschnitten. Nunmehr wird der Ureter in den Punkt der Blasenwand eingenäht, der ihm am nächsten liegt und für den Operateur am bequemsten ist. Immerwahr (Berlin).

Schauta: **Ein Fall von Ureterenanastomose.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 15.)

In der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien stellte Schauta eine Patientin vor, welche er wegen Extrauteringravidität operirt hatte. Bei Revision des Operationsfeldes fand sich der linke Ureter durchtrennt. Ein Stück desselben stand mit der Blase in Verbindung, dann fand sich ein Zwischenraum von mehreren Centimetern, doch fehlte nichts vom Ureter. S. brachte daher die beiden Ureterenden so aneinander, daß er an dem oberen Ende eine Fadenschlinge durchzog und beide Enden des Fadens etwa 1—1½ cm unterhalb der Schnittfläche des unteren Ureterenendes so in das untere Ende einführte und durch die Wand durchzog, daß sich das obere Ureterende in das untere einstülpte. Die Fadenschlinge wurde dann geknüpft. Es wurde dann das Peritoneum über dem Ureter vernäht, in die Scheide ein Gazestreifen eingelegt, ebenso einer an den Ureter, welcher Streifen durch die Bauchwunde herausgeleitet wurde. Der Verlauf nach der Operation war ein guter. Die in den ersten Tagen geringe Harnmenge stieg bereits am sechsten Tage auf 1300 ccm, so daß diese Oligurie nicht mit einer mangelhaften Function des linken Ureters, sondern mit dem großen Blutverlust und der geringen Flüssigkeitsaufnahme zusammenhängen dürfte.
Immerwahr (Berlin).

Privatdocent Sokolow (Moskau): **Ueber operative Bildung einer Anastomose zwischen Harnleiter und Harnblase.** (Uretero-Cysto-Neostomia. Medicinskoe Obosrenie 1899, Bd. 51, Heft 3.)

Die Uretero-Cysto-Neostomie ist in der Chirurgie der Harnwege eine verhältnismäßig neue Operation. Ihre Einführung in die chirurgische Praxis datirt aus dem Jahre 1894 und geschah hauptsächlich, wenn nicht einzig und allein, zum Zweck der Behandlung der Ureterfisteln, welche früher verhältnismäßig selten, in letzterer Zeit Dank der enormen Verbreitung der gynäkologischen Operationen immer häufiger beobachtet werden. In der gesamten ihm zugänglichen Litteratur hat Verf. 27 Fälle von Uretero-Cysto-Neostomie finden können, zu denen als 28. der Fall des Verf.'s hinzukommt. Allerdings giebt Verf. die Möglichkeit zu, daß ihm einige Fälle entgangen sein können und daß manche ungünstig verlaufenen Fälle über-

haupt nicht veröffentlicht worden sind. Außerdem hat Verf. absichtlich diejenigen Fälle fortgelassen, in denen die Operation bei Geschwülsten der Harnblase zur Ausführung gelangt war, da doch in diesen Fällen die Operation mit Resection der Harnblasenwand einhergeht und somit ihre Reinheit als solche einbüßt. Das Gesamtergebnis der bisherigen Erfahrungen kann auf Grund des vorliegenden Materials als günstig bezeichnet werden. Von den 28 Fällen endeten nur 3 oder 10,7 pCt. letal, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß der letale Ausgang nicht immer durch die Operation per se bedingt war. In technischer Beziehung ist die Operation keineswegs schwer, und es ist anzunehmen, daß sie die Concurrenz mit der Nephrectomie wird aufnehmen können. Die meisten (24) Fälle von Uretero-Cysto-Neostomie betrafen Ureterfisteln oder Ureterverletzungen im Anschluß an verschiedene gynäkologische Operationen; in 3 Fällen wurde die Operation bei Ureterfisteln im Anschluß an einen Partus und nur in 1 Fall bei überzähligem, außerhalb der Blase mündendem Ureter gemacht. In den meisten Fällen wurde auf intraperitonealem Wege operirt, und nur in einigen einzelnen Fällen verfuhr man nach der extraperitonealen oder combinirten Methode. Die intraperitoneale Methode wird auch fernerhin die dominirende Stellung einnehmen, und zwar so lange es keine vervollkommnetere extraperitoneale Methode geben wird als die von Witzel. Als einzige Gefahr bei der intraperitonealen Methode dürfte event. die Möglichkeit des Mißlingens der Naht gelten. Aber derartige Mißerfolge dürften bei strenger Durchführung der Asepsis nur in Ausnahmefällen und bei obliquer Einnähung des Ureters überhaupt nicht vorkommen. Die oblique Einnähung des Ureters hat zweifellos ganz bedeutende Vorzüge, wenn sie auch merkwürdiger Weise von den Chirurgen selten ausgeführt wird. Bei obliquer Einnähung des Ureters ist die Fixation so dicht, daß man die Eventualität eines Abreißens kaum zu befürchten hat. Der Ureter wird bei der intraperitonealen Methode mobilisirt, wobei eine Spannung zwischen ihm und der Harnblase zu vermeiden ist, wenn es sich nicht gerade um große Defecte der Ureterwände handelt. Die Naht wird noch durch Ventrofixation der Harnblase gesichert, welche erstere ruhige Lage der Harnblase sichert und die frisch angelegte Naht vor Beschädigung schützt, ohne die Function der operirten Teile bemerkbar zu beeinträchtigen.

Noch eine Frage kommt bei dieser Operation in Betracht, und zwar die Möglichkeit des Zurückfließens des Harns durch die neu gebildete Anastomose. Daß ein solches Zurückfließen wirklich möglich ist, lehrt ein Fall von Pozzi, in dem zwei Monate nach der Operation bedeutende Erweiterung des unteren Endes des eingenähten Ureters constatirt wurde. Abgesehen davon, daß man in veralteten Fällen von Ureterfisteln stets Erweiterung des Ureters vor sich hat, die schon an und für sich das Zurückfließen des Harns begünstigt, ist in Bezug auf die Operationstechnik zu bemerken, daß im Allgemeinen bei obliquer Einnähung des Ureters die Verhältnisse für ein derartiges Zurückfließen ungünstiger liegen, als bei jeder anderen Operationsmethode. M. L.

Treub: **Hématurie gravidique.** (Le progrès medical 1899, No. 16.)

Treub berichtet über einen Fall von Hämaturie im Verlaufe einer Schwangerschaft ohne nachweisbare Nierenerkrankung. Wahrscheinlich ist die Ursache in einer activen oder passiven Hyperämie zu suchen. Die Prognose richtet sich in solchen Fällen nach dem Grade der durch die Blutung verursachten Anämie. Immerwahr (Berlin).

West (London): **Die Granularniere.** (The Lancet, 11. u. 25. Februar und 18. März 1899.)

Die Granularnephritis ist eine sehr häufige Erkrankung, häufiger, als vielfach angenommen wird; denn man findet diese Affection nicht selten bei der Autopsie ganz unerwarteter Weise. Sie bildet häufig die Todesursache, vermag wohl auch einen plötzlichen Exitus herbeizuführen und bewirkt bei anderen Krankheiten den letalen Ausgang, den diese sonst nicht nehmen würden. Diese Umstände verleihen der Granularnephritis eine höhere Bedeutung, um so mehr, als sie häufig übersehen bezw. ihr anfangs unbestimmtes Krankheitsbild nicht richtig gedeutet wird. W. giebt alsdann einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von dieser Affection. Nach einer ausführlichen Darstellung der Pathogenese und pathologischen Anatomie kommt er zur Besprechung der Symptome. Diese teilt er in physikalische, cardio-vasculäre und renale ein. Zu den physikalischen Symptomen rechnet er die hohe Spannung und Verdickung der Arterien, die Herzhypertrophie und die Albuminurie. Dem letzten Symptom läßt er eine besonders ausführliche Besprechung angedeihen, indem er diese fast zu einer Monographie gestaltet und sie auf die Darstellung der allgemeinen einschlägigen Verhältnisse erweitert. Hierbei kommt er im Gegensatz zu anderen Autoren zu dem Schlusse, daß es eine physiologische Albuminurie nicht giebt, daß diese vielmehr stets pathologisch, wenn auch nicht immer renalen Ursprungs ist. Anhangsweise erörtert er bei diesem Abschnitt dann noch die pathologisch-anatomischen und pathogenetischen Verhältnisse, sowie die diagnostische und prognostische Bedeutung der Retinitis albuminurica Die cardio-vasculären Symptome sind: Herzschwäche, acute Pericarditis, Hämorrhagien einschließlich Hämaturie, degenerative Veränderungen, toxämische Zustände, nervöse Erscheinungen (Kopfschmerzen, Asthma, epileptiforme Convulsionen) und Hautaffectionen. Die renalen Symptome umfassen vorzugsweise die urämischen Erscheinungen. Zum Schluß erörtert Verf. noch kurz die Principien der Behandlung, welche, da man gegen den localen Proceß nichts auszurichten vermag, eine vorwiegend symptomatische, das Fortschreiten der Erkrankung möglichst einschränkende und üblen Zufällen vorbeugende sein muß. Sehr wirksam erweist sich bei verschiedenen Symptomem das Pilocarpin. In den späteren Stadien, wenn bereits kachectische Erscheinungen vorhanden sind, ist auch die Verabfolgung von Nierenextract in Bezug auf den Allgemeinzustand von guter, wenn auch nur vorübergehender Wirkung. (?. Red.) Loewenthal.

Budin et Chavanne: **Allaitement chez les albuminuriques.** (Le progrès médical 1899, No. 13.)

Es ist sehr wichtig, zu wissen, ob die Frauen, welche Eclampsie und Albuminurie während ihrer Schwangerschaft gehabt haben, stillen dürfen. Die von Verff. erzielten Resultate waren ausgezeichnet. Die Kinder wurden während ihres ganzen ersten Lebensjahres beobachtet. Die Nahrung bestand nur aus Muttermilch, mit Ausnahme eines einzigen Falles, wo noch 250 g sterilisirte Milch eine Zeit lang außer der Muttermilch gegeben wurde. Die Frauen genasen im Allgemeinen schnell von ihrer Albuminurie. Bei einigen dauerte die Albuminurie mehrere Monate, trotzdem wurde das Stillen fortgesetzt. Man muß heute sagen, daß selbst eine beträchtliche Albuminurie keine Indication gegen das Stillen ist. Immerwahr (Berlin).

Dr. K. von Engel (Brünn): **Ueber das Auftreten von Nierenelementen bei schweren inneren Darmstenosen und bei eitriger Peritonitis.** (Prager med. Wochenschrift 1899, No. 14.)

Das Auftreten von Nierenelementen, Nierenepithelien, Cylindern und Cylindroiden im Harnsediment von an Darmaffectionen erkrankten Menschen im eiweißhaltigen, viel häufiger jedoch im eiweißfreien Harn, ist eine in letzterer Zeit immer häufiger beobachtete Erscheinung, der neuerlich eine erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet wurde. Merkwürdiger Weise wurden diese Erscheinungen bei diametral verschieden verlaufenden Erkrankungen des Darmes beobachtet. In Bezug auf directe Darmstenosen berichtet Senator, daß er bei Darmeinklemmung außer Eiweiß in dem sehr sparsamen Harne hyaline und körnige Cylinder nachweisen konnte, während Englisch angiebt, daß er bei zahlreichen Untersuchungen trotz häufiger Albuminurie nur ausnahmsweise einzelne Nierenepithelien und Epithelcylinder finden konnte. An dem Material des mährischen Krankenhauses zu Brünn hat nun Verf. gesucht, Klärung in die Frage zu bringen, ob dem Auftreten von Nierenelementen, speciell dem der hyalinen Cylinder, eine pathologische oder klinische Bedeutung zukommt. In zwei letal verlaufenen Fällen von inneren Darmstenosen und in zwei Fällen von eitriger Peritonitis wurden die Nieren in allen vier Fällen makroskopisch intact gefunden; in dem einen Fall, der mikroskopisch untersucht wurde, fand sich sogar direct keine Bildung von Cylindern in den Harncanälchen und intactes Verhalten der Epithelzellen. Eine dauernde Schädigung des Nierenepithels kann also durch das Auftreten der meist hyalinen Cylinder, deren Vorkommnis in allen Fällen des Verfasser's selbst ein ganz passageres war, nicht angedeutet werden. Ganz ohne Belang ist die Erscheinung andererseits gewiß nicht. In einem Fall von Stenose und in einem Fall von Peritonitis waren diese Gebilde in solcher Massenhaftigkeit aufgetreten, daß man an eine vorübergehende Störung der Function der Nieren durchaus denken musste, wenn es auch noch fraglich ist, auf welche Weise diese vorübergehende Läsion

erzeugt wird. Jedenfalls glaubt Verf. nicht, daß es zum Teil Schädigung durch Resorption von Zersetzungsproducten sei, und ist mehr für die Auffassung Kobler's, daß es sich um nervöse reflectorische Vorgänge handele, welche durch den Schmerz hervorgerufen werden und eine kurzdauernde Ernährungsstörung der Nierenepithelien erzeugen. Ein zweites wichtiges Moment ist nach Ansicht des Verf.'s die mechanische Beeinflussung, die gewaltige Steigerung des intraabdominalen Druckes, die stets eintritt, wenn eine innere Stenose complet wird, oder wenn sich ein mäßiges peritoneales Exsudat ergießt. Dieser hochgesteigerte Druck in einem völlig abgeschlossenen Raum muß auch auf das Gefäßsystem wirken, und unter dem Einfluß des gesteigerten Druckes ist es möglich, daß es zu einer plötzlichen Abstoßung von Epithelelementen und Nierencanälcheninhalt kommen kann. Damit wäre auch das plötzliche Auftreten und Wiederverschwinden der Nierenelemente, wenn der Druck durch Behebung der Stenose nachläßt oder stationär wird, erklärt. Lubowski.

John S. Pyle (Toledo, Ohio): **An interesting Case of Hydronephrosis.** (The New York Medical Journal, 4. Februar 1899.)

Der Fall von Hydronephrose, welchen Pyle veröffentlicht, ist interessant wegen seiner Größe, der negativen Anamnese und der Schwierigkeit der Diagnose Dieselbe fand sich bei einer unverheirateten Frau, war öfters für Schwangerschaft gehalten und ließ sich nicht von einem Ovarialtumor unterscheiden. Erst die Operation brachte Klarheit, indem sich bei der Laparotomie der Tumor als die hydronephrotische rechte Niere erwies. Gewicht 10 Pfd.; die secernirende Nierensubstanz war völlig untergegangen und der Sack mit einer urinösen Flüssigkeit von geringem specifischen Gewicht angefüllt. Heilung. Blanck (Potsdam).

W. M. Polk: **Fall von Hydronephrosis.** (Centralbl. f. Gynäkol. 1899, No. 13.)

Die Patientin wurde im fünften Monat der Schwangerschaft operirt ohne Unterbrechung derselben. Der Ureter fand sich 1 Zoll unterhalb seines Eintritts in's Becken verschlossen Immerwahr (Berlin).

Dr. Herman (Lemberg): **Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnostik der Nierensteine.** (Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 9.)

Die außerordentlichen Schwierigkeiten, mit denen die Diagnose der Nierensteine verknüpft ist, waren ein wohlberechtigter Anlaß, die Röntgenphotographie hier zu diagnostischen Zwecken heranzuziehen. Leider tritt gerade hier der störende Einfluß der chemischen Zusammensetzung des Steines auf die Deutlichkeit des Schattenbildes sehr stark hervor. Den intensivsten Schatten werfen die Oxalatsteine, die Uratsteine lassen die X-Strahlen leichter durch, die Phosphatsteine am leichtesten. Auf der Platte erscheinen daher die Oxalatsteine deutlich und mit scharfen Contouren, das

Bild der Phosphatsteine ist mehr diffus und von der Umgebung undeutlich abgegrenzt. Da nun die Oxalatsteine zu den seltensten Steinen gehören, so kommt man recht selten in die Lage, ein scharf contourirtes Schattenbild zu sehen. Die Lage der Niere, die entzündlichen Infiltrate, welche die Steine im Nierenbecken stets begleiten und in ihrer unmittelbaren Umgebung auftreten, sind ebenfalls ungünstige Momente, welche den Werth der Röntgenphotographie bei Nierensteinen herabsetzen. Vor der Durchleuchtung giebt man dem Patienten ein wirksames Abführmittel, und die physiologische Lordose gleicht man aus durch Beugung der Oberschenkel während des Liegens auf der Platte. Trotz dieser Schwierigkeiten ist es doch manchem Chirurgen bereits gelungen, unzweideutige Röntgenbilder von Nierensteinen zu erhalten. Hierher gehört auch der Fall des Verf.'s. Derselbe betrifft einen 26jährigen Patienten, bei dem vor drei Monaten eine linksseitige paranephritische Eiterung, complicirt durch gleichzeitige Lungenentzündung, diagnosticirt wurde. Der paranephritische Abscess wurde zur Vermeidung einer Bauchfellverletzung praeparando eröffnet. Von einem weiteren Eingriff mußte man wegen bedrohlichen Kräfteverfalls Abstand nehmen. Nach einigen Wochen ist aus der Operationswunde ein haselnußgroßer Stein herausgefallen. Außerdem ist nach der ersten Operation eine Fistel zurückgeblieben, die nach oben unter die 12. Rippe verlief und keine Tendenz zur Heilung zeigte. Um nun sowohl diese Fistel zu heilen, als auch die etwa restirenden Steine aus dem Nierenbecken zu entfernen, wurde beschlossen, die Wunde von Neuem breit zu eröffnen, aus der 12. Rippe ein Stück zu resecíren und das Nierenbecken nochmals aufzuschneiden. Die Existenz der Steine mußte angenommen werden in Folge des Fortbestandes der Eiterung aus der kranken Niere, in Folge der häufig auftretenden Schmerzen in der linken Nierengegend, sowie in Folge von Absonderung von Harnsand. Behufs einer photographischen Aufnahme wurde der Patient an ein röntgenphotographisches Institut gewiesen. Auf dem Bilde waren etwa 10 cm nach links von der Wirbelsäule drei undeutliche Schatten sichtbar, der größte von Erbsengröße, der kleinste von Linsengröße. Vor der Operation wurde der linsengroße Stein mit dem Harn abgesondert, die beiden anderen wurden entfernt. Die Größe sämtlicher Steine hat dem photographischen Bilde vollkommen entsprochen. Lohnstein.

Bazy: **Les formes graves du rein mobile.** (Le progrès médical 1899, No. 13.)

B. beschreibt eine veritable Kachexie in Folge von Ptosis einer Wanderniere. Alle Behandlungsmethoden hatten keinen Erfolg, nur die Nephropexie beseitigte das Leiden. Aber der Erfolg der Nephropexie kann 1—2 Monate, manchmal sogar noch länger auf sich warten lassen.

Immerwahr (Berlin).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.,**
Elberfeld.

Pharmaceutische Producte:

Protargol.

Ein neues
Silberpräparat
zur Behandlung der
Gonorrhoe und zur Wundbehandlung.
Hohe bactericide Eigenschaften bei absoluter Reizlosigkeit.
Vide Neisser, Dermatolog. Centralblatt I, 1897.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.
Mit grossem Vortheil verwendet bei: Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata, Gonorrhoea cervicis, syphilitischen Ulcerationen, Operationswunden, scrophul. Geschwüren, Brandwunden.
Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric. pulv. a. p. aequ., als 3—5% Salbe und als Collodium spec. für Schnittwunden.

Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen: Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis, Furunculosis, Epithelioma, Lupus exulcerans, venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme, Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz und in 5—10% Salbe.

CHINOSOL in Tabletten à 1 gr, ½ gr, ¼ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: **Wundbehandlung, geburtshülfliche Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden, für antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,** ferner bei **Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.**

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., chemische Fabrik.
Hamburg-U.

Beiersdorf's

Jodoformgitter No. 57

ist ein **klebender,** grobmaschiger **Verbandmull** mit einem Gehalt von 5,0 Gramm Jodoform auf 1/5 qm Fläche. Es ermöglicht eine sparsame, gleichmässige Behandlung grösserer Wundflächen mit Jodoform. Es ist nach LEISTIKOW: Therapie der Hautkrankheiten (Voss, Hamburg 1897) ganz besonders empfehlenswerth zur Behandlung luetischer Ulcerationen und der Unterschenkelgeschwüre.

Muster auf Wunsch gratis und franco.

P. BEIERSDORF & Co., Chemische Fabrik, Hamburg-Eimsbüttel.

LARGIN

neues Antigonorrhoicum,

höchstprocentige Silbereiweissverbindung

mit constantem Ag-Gehalt von 11,10%.

Vide: PEZZOLI, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, No. 11 u. 12.

KORNFELD, *Wiener medizinische Presse*, 1898, No. 33.

SCHUFTAN u. AUFRECHT, *Allg. med. Central-Zeitung*, 1898, No. 84.

WELANDER, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 46, Heft 3.

Alleinvertrieb:

E. MERCK, chemische Fabrik, Darmstadt.

Litteratur gratis und franco.

RICHARD KISS, Berlin N., Oranienburgerstr. 73.

Construction, Anfertigung und Reparatur elektro-medicinischer Apparate.

Alleinfabrikant des **sterilisierbaren, von Dr. A. Freudenberg verbesserten Prostata-Incisors** nach Bottini.

Transportable Accumulatoren-Batterie mit Ampèremeter für den Incisor und alle anderen galvanokaustischen Brenner.

—— Illustrirter Katalog kostenlos. ——

Die Argentaminbehandlung der Leukorrhoe.

Von

Dr. **A. G. Cipriani**, San-Andrea-Frius (Sardinien).

Die Entzündungsprocesse des Scheidencanals stehen mit den verschiedenen Lebensjahren der Frauen in innigem Zusammenhange, und eben deshalb kommen im ersten Kindesalter die von allgemeinen Infectionskrankheiten, von mangelhafter Ernährung, von Onanie, von Ansteckung der gonorrhoischen Secretion u. s. w. herrührenden Entzündungen zur Beobachtung. In den Pubertätsjahren und in der Jugend wiegen namentlich die Catarrhe und die Infectionen vor. Im vorgerückten Alter gewinnen die von der Rückbildung des ganzen Genitalapparates hervorgerufenen krankhaften Processe die Oberhand.

Daß es für den Arzt ungemein wichtig ist, genaue Kenntnisse über die Ursachen dieser Entzündungen zu besitzen, ist ganz klar, wenn man bedenkt, daß das ätiologische Moment ausschlaggebend ist nicht für die Prognose, sondern auch für die Therapie.

Die Physiologie lehrt uns, daß im Normalzustand der Uterus-Scheidenschleimhaut, sowohl aus den am Vaginalostium vorhandenen Talg- und Schleimdrüsen, als auch aus den Vulvo-Vaginaldrüsen, aus dem Cervix und eigentlich aus der ganzen Schleimhaut bis zur Tuba eine Secretion abgesondert wird, welche die Oberflächen schlüpfrig hält. Wenn diese Secretion eine qualitative oder eine quantitative Veränderung, oder Beides zugleich erfährt, dann tritt der krankhafte Proceß auf, welcher mit dem Namen Leukorrhoe bezeichnet wird, und zwar je nach der Natur desselben als seröse, mucöse, schleimig-eitrige, eitrige und gonorrhoische Leukorrhoe.

Sowohl von alten Aerzten als auch von einigen gegenwärtigen Fachgenossen ist der leukorrhoische Ausfluß für eine selbstständige Krankheit gehalten worden.

Diese Ansicht ist jedoch unhaltbar geworden, da die gynäkologischen Untersuchungen den Beweis erbracht haben, daß die Leukorrhoe

gation die Unterdrückung einer natürlichen Protection zur Folge hat, abgesehen davon, daß durch das Einfließen der Flüssigkeit pathogene Mikroben in den Genitalcanal eingeführt werden können.

Leider aber ist nicht immer die Secretion eine normale oder keineswegs immer eine protective.

Einige Kliniker bestehen noch darauf, daß die vaginale Irrigation nur nach genauer Prüfung der Reaction der Vaginalsecretion durchzuführen ist, und zwar wäre dieselbe nur dann zulässig, wenn die Secretion alkalisch reagirt.

Bei der Behandlung muß stets dem Allgemeinzustande der Erkrankten Rechnung getragen werden, sonst kann jede Behandlungsmethode, wie tief durchdacht sie auch sein mag, schädlich wirken.

Durch die Untersuchungen ermutigt, welche die Aufmerksamkeit der Kliniker auf das Argentamin hingelenkt haben, brachte ich dieses Mittel in 29 Fällen von Leukorrhoe verschiedenen Ursprunges zur Anwendung, und zwar, je nach dem zu erstrebenden Ziele, brauchte ich Lösungen von verschiedenem Concentrationsgrade. Bei einfachen Spülungen der Scheide wandte ich Lösungen von 1 : 5000 oder 1 : 4000 an, behufs Desinfection aber stärkere: 1 : 3000, 1 : 2000 und 1 : 1000.

Bei der einfachen Leukorrhoe, welche von einer Entzündung der Vagina (in Folge unregelmäßiger Lebensweise, allgemeiner Schwäche, mangelhafter Hygiene u. s. w.) verursacht war, brachten die Irrigationen von Argentaminlösungen (im Concentrationsgrade von 1 : 1000) im Verein mit einer kräftigenden Diät in neun Fällen stets vollständige Heilung zu Stande. Insbesondere aber bei der schleimig-eitrigen und eitrigen Leukorrhoe, welche bei kleinen Mädchen so häufig vorkommt, hat das Argentamin alle Erwartungen weit übertroffen. Bei 11 Kranken (von welchen einige schon verschiedene Kuren nutzlos durchgemacht hatten) erwiesen sich die Argentaminlösungen im Concentrationsgrade von 1 : 3000 stets erfolgreich. In sieben Fällen wurde vollständige Heilung, in drei Fällen eine an die Heilung grenzende Besserung erzielt; und auch bei der letzten Kranken trat eine bedeutende Besserung der Beschwerden ein. Dabei möchte ich betonen, daß auch bei diesen vier Kranken die Heilung eine vollkommene gewesen wäre, wenn sie nicht vorzeitig die Behandlung unterbrochen hätten. Jedenfalls war schon drei oder vier Tage nach Einleitung der Argentaminbehandlung bei sämtlichen Fällen Folgendes zu bemerken:

a) Verminderung des Ausflusses;
b) Verschwinden der Eiterung;
c) bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes.

Sechs Fälle von Gonokokkenleukorrhoe (vier acut, zwei chronisch)

wurden durch Argentaminbehandlung sehr rasch zur vollkommenen Heilung gebracht. Ueber die Richtigkeit der Diagnose konnte kein Zweifel obwalten, denn es handelte sich um Frauen, welche ihr Leben in einem Bordell zubrachten, und eben deshalb brachte ich fortwährend Argentaminlösungen von 1 : 2000 in Anwendung. Nach einer zehntägigen Argentaminbehandlung war die Gonorrhoe verschwunden. Vorsichtshalber hielt ich stets in den darauffolgenden Tagen die betreffenden Kranken unter Beobachtung, und niemals kam ein Symptom in Erscheinung, welches auf einen etwaigen Rückfall hingedeutet hätte.

In drei Fällen von bösartigen Geschwülsten leisteten die Argentaminlösungen Ersprießliches, indem die Secretion eine bedeutende Abnahme erfuhr, und gleichzeitig fühlten sich die Kranken erleichtert. Leider konnte diese Besserung keinen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf der Krankheit ausüben, welche unaufhaltsam letal verlief.

Bei allen diesen Argentaminkuren habe ich beobachtet, daß das Mittel sehr leicht in die Gewebe eindringt. Wenn das Argentamin im ersten Stadium der Krankheit angewandt wurde, verhinderte es u. A. das Wandern der specifischen Elemente, indem dieselben bald vernichtet wurden. Außerdem ist noch hervorzuheben, daß das Argentamin, dank der Eigenschaft, mit dem Eiweiß einen Niederschlag zu bilden, welcher später zur Lösung gebracht wird, eine rasche adstringirende Wirkung entfaltet.

Doch sowohl die adstringirende als auch die antiseptische Wirkung des Argentamins würden nicht ausreichen, die localen Symptome zu beseitigen, wenn dasselbe nicht gleichzeitig im Stande wäre, die durch Mikroorganismen verursachte Entzündung zu bekämpfen. In der That, das Argentamin bringt die erweiterten interepithelialen Interstitien zur Contraction und dadurch wird den Mikroorganismen jedwede Nahrung entzogen und ihnen das Leben unmöglich gemacht.

Zusammenfassend sind die Argentaminlösungen bei folgenden krankhaften Processen indicirt:

1. Bei sämtlichen Fällen von Leukorrhoe, welche durch eine Gonokokkeninfection verursacht ist;

2. bei den Fällen von Vaginal-, Cervical- und Uterincatarrhen, welche mit schleimiger, schleimig-eitriger oder rein eitriger Secretion einhergehen und sowohl bei kleinen Mädchen als bei Frauen vorkommen;

3. bei den Ausflüssen, welche von bösartigen Geschwülsten des Genitalapparates abhängig sind. In diesen Fällen, wiewohl das Argentamin keine directe Wirkung auf das Wesen der Krankheit selbst entfaltet, erleichtert es doch die Beschwerden der Kranken wesentlich.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Privatdoc. Dr. Martin Mendelsohn (Berlin): **Ernährungstherapie bei Krankheiten der Harnorgane.** (Sonderabdruck aus dem Handbuch der Ernährungstherapie, Bd. II, S. 654—675. Herausgegeben von Geh.-Rat Prof. Dr. E. v. Leyden. Verlag von Georg Thieme in Leipzig.)

Gonorrhoe: Bei der Gonorrhoe müssen in der Ernährungstherapie zunächst alle Speisen vermieden werden, welche dem Harn reizende Eigenschaften verleihen oder die auf das Geschlechtssystem irritirend einwirken. Insbesondere sind hier wegen ihrer Stoffwechselendproducte, welche löslich sind und in den Harn übergehen und von hier aus die afficirte Schleimhaut reizen und so die Entzündung durch directen Contact steigern, gleichzeitig aber auch in doppelter Einwirkung durch die miterfolgende Reizung der Genitalsphäre den Blutafflux erhöhen, streng zu vermeiden: Spargel, Sellerie, Zwiebel, Meerrettig, Rettig, Petersilie, Senf Ueberhaupt sollen aus der Nahrung mehr oder weniger ganz fortgelassen, jedenfalls aber nicht in vorwiegenden Mengen und nicht am Abend vor dem Zubettegehen genossen werden alle diejenigen Speisen, welche mit größerer oder geringerer Berechtigung als Aphrodisiaca gemeinhin erachtet werden, alle sehr kräftigen und nahrhaften Speisen also,

eben weil ihre reichliche Zufuhr den Sexualtrieb steigert. Hierzu gehören Eier und Würste, auch marinirte Fische und Käse, sowie geräuchertes Fleisch überhaupt und sodann insbesondere Austern und Caviar. Aus dem gleichen Zusammenhange sind alle stark gewürzten, alle mit Pfeffer und Paprika versetzten Speisen, alle übermäßig sauere oder stark gesalzene Nahrung möglichst einzuschränken oder ganz auszuschließen. Von Getränken ist aus dem nämlichen Grunde Kaffee und Thee zwar nicht ganz aus der Aufnahme zu eliminiren, aber doch nur in gehöriger Verdünnung, die am besten durch reichliche Milchbeimischung erzielt wird, zu gestatten.

Nicht minder wichtig als die Qualität der Speisen ist auch die Regelung von deren Menge und Einteilung. Große und üppige Mahlzeiten sind, zumal im acutesten Stadium, ganz zu vermeiden. Die Abendmahlzeit ist früher als sonst und wenigstens drei Stunden vor dem Zubettegehen einzunehmen. Eine zu starke, etwa gar eine absolute Enthaltsamkeit ist jedoch keinesfalls geboten, sie hat auch gar keinen Einfluß auf den localen Proceß.

Auch die Getränke bedürfen einer sorgfältigen Regelung. Alkohol ist während der ersten 3—4 Wochen absolut zu vermeiden, aus demselben Zusammenhange, aus welchem alle die übrigen die Blutcirculation steigernden Momente der Nahrung ausgeschaltet werden müssen. Ganz und gar und unter allen Umständen ist während einer acuten und subacuten Gonorrhoe der Genuß von concentrirtem Alkohol, also von allen Schnäpsen und Likören, und ebenso auch von Porter und Ale, auf das Strengste zu unterlassen, noch mehr der von heißem Alkohol, von Punsch und Grog. Des Weiteren äußerst schädlich sind Champagner und überhaupt alle moussirenden und in Gährung befindlichen Getränke, vor Allem die obergährigen Biere. Läßt der Alkoholgenuß sich nicht ganz vermeiden, so ist späterhin Rotwein noch das am wenigsten schädliche Getränk, mit einfachem Wasser vermischt oder, wenn kohlensäurehaltige Mineralwässer zur Verdünnung benutzt werden, mit diesen, aber nach dem Abbrausen der Hauptmenge der Kohlensäure; ein Zusatz von Zucker treibt die Kohlensäure am besten heraus. Ist anzunehmen, daß in absehbarer Zeit der Patient eine völlige Alkoholcarenz doch wieder aufgeben würde, so ist es zweifellos richtiger, von vornherein kleine Mengen von Alkohol in regelmäßiger Aufnahme zu gestatten, als nach einer völligen Enthaltsamkeit den Alkoholgenuß vorzeitig wieder zu Stande kommen zu lassen. Im Uebrigen ist Milch ein angemessenes und hier ganz besonders indicirtes Getränk. Das allerbeste aber und das einfachste Getränk bildet das Brunnenwasser, nicht übermäßig kalt genossen; wo es auf die Dauer allein für sich zu fade erscheint, mit Fruchtsäften oder mit Zucker oder Syrup versetzt.

Die Menge des Getränkes braucht nur in der ersten Zeit der Erkrankung eine etwas reducirte zu sein; sie soll hier und überhaupt gegen die letzten Stunden des Tages hin keine besonders große sein, da die sonst sich stark anfüllende Blase, zumal in der Nacht, leicht störende Erectionen veranlaßt. Im weiteren Verlauf jedoch ist eine reichliche Aufnahme von harmloser Flüssigkeit geradezu indicirt.

Cystitis: Für die Cystitis gelten im großen Ganzen dieselben Maßnahmen, insbesondere wenn es sich um eine acute, auf infectiöser Basis entstandene Cystitis handelt. Unter den Getränken sind die schleimigen Getränke in den Vordergrund zu stellen; ein ganz vorzügliches Getränk ist hier die Mandelmilch. Auch müssen die Milch und die Molken überhaupt reichlich zum Getränk dienen; sie sind nicht nur zweckentsprechend und angemessen, sondern werden von den Kranken bei diesen Zuständen gewöhnlich gern genommen und sind ihnen angenehm. Sonst hat die Ernährungstherapie bei der einfachen Cystitis, so lange sie acut ist, die Aufgabe, ihre Getränke wegen der schmerzhaften Miction so zu wählen, daß ein möglichst geringes Quantum von Flüssigkeit den oft sehr ausgesprochenen Durst in möglichst weitem Maße befriedigt. Es sind daher hier die Limonaden mit Fruchtsäften und Fruchtsäuren in erster Linie angebracht, schluckweise zu nehmen, nur eben in solchen Mengen, daß der Durst dadurch gestillt wird.

Den Alkoholgenuß ganz bei diesen, zumal leichteren Formen der Cystitis zu verbieten, ist sehr häufig nicht angängig; daher kann ein mäßiger Wein- und selbst Biergenuß gestattet werden. Auch hier ist das Beste guter Rotwein, event. mit Wasser verdünnt, und gutes, sog. echtes Bier, nicht zu kalt genossen.

Pyelitis: Da die Pyelitis schließlich nichts anderes ist, als, nur an einer höher gelegenen Stelle des Weges, die gleiche Erkrankung wie die Cystitis und die Urethritis, so hat im großen Ganzen natürlich die Ernährungstherapie auch bei ihr die gleichen Aufgaben und Vorschriften wie bei den peripher gelegenen Affectionen des gemeinsamen Organs der Harnwege. Während daher die Wahl der Speisen und Getränke die gleiche ist wie zuvor, kommt hier nun aber in ganz besonderem Maße das Moment der Ausspülung der Harnwege zur Geltung, in um so höherem Maße, als bei dem relativ geringfügigen Hindurchfließen immer nur kleiner Flüssigkeitsmengen durch die Harnleiter eine so wirksame mechanische Durchspülung wie in der Harnröhre hier nicht zu Stande kommen kann. Es ist daher bei der Pyelitis die reichliche und möglichst continuirliche Durchspülung der oberen Harnwege durch reichliche Flüssigkeitszufuhr geboten, und diese kann auch, wenn der Zustand der Nieren selber es gestattet, auf medicamentösem Wege durch Anregung der Diurese gesteigert werden. Die Verabfolgung von Säuerlingen gehört schon in dieses medicamentöse Gebiet, ebenso gewisse Abkochungen und Thees, welche die Diurese steigern, und unter denen der Wachholderthee und neuerdings auch wieder der Birkenblätterthee in der Volksmedicin einen gewissen Ruf erlangt haben.

Tuberculose, Tumoren: Beruhen die catarrhalischen und entzündlichen Erscheinungen in den Harnwegen auf schweren Veränderungen, wie sie in erster Linie Geschwülste oder die tuberculöse Infection bedingen, so behalten zunächst die oben entwickelten Principien für die Ernährungstherapie ihre Giltigkeit. Da diese jedoch nur ausschließlich aus localen Indicationen hervorgehen, so tritt bei solchen schweren Affectionen, welche

den Kräftezustand des Organismus erheblich alteriren, sehr bald die Aufgabe hinzu, diesem Kräfteverfall durch eine möglichst kräftige Ernährung vorzubeugen. Die ohnedies hier indicirte Milch, deren Verabfolgung zu ausgesprochenen Milchkuren gesteigert werden kann, wirkt zu diesem Ziele sehr wesentlich mit; auch ist, wie schon erwähnt, der Alkohol nicht ganz zu entbehren. Wenn Hämaturie sich einstellt, so hat stets die gegen eine locale Reizung der Harnwege gerichtete Ernährungstherapie mit allen Einschränkungen in vollster Ausschließlichkeit einzusetzen; diese Blutungen pflegen jedoch, zumal wenn ihnen alsbald durch ausgiebige Verwendung der hier vornehmlich wirksamen hypurgischen Heilmittel begegnet wird, immer nur wenige Tage vorzuhalten, so daß nach ihrem Schwinden die allgemeine Kräftigung des Organismus durch die Ernährungstherapie wieder Platz greifen kann.

Enuresis nocturna: Die Ernährungstherapie, welche hier gleichzeitig die wirksamste Therapie überhaupt ist, findet sehr einfache Indicationen für ihre Vorschriften vor. Bei Kindern, welche an Enuresis nocturna leiden, muß Nachmittags gegen 3 Uhr die letzte Flüssigkeitsaufnahme stattfinden. Von da an und insbesondere am Abend ist eine jede Flüssigkeitszufuhr, in welcher Form auch immer, ausgeschlossen. Es dürfen daher auch keine Suppen und nicht einmal andere, reichlich Flüssigkeit enthaltende Speisen genossen werden. Das Abendessen, das überhaupt nicht zu spät eingenommen werden soll, hat einen ausgesprochen trockenen Character zu tragen, soll also, wie es für dies Alter überhaupt geeignet ist, im Wesentlichen aus Brot und kaltem Fleisch bestehen. Auch sonst am Tage ist die Flüssigkeitsaufnahme in Schranken zu halten. Bier ist solchen Kindern auf das Absoluteste verboten, wie überhaupt alle Speisen und Getränke, welche die Harnwege zu reizen vermögen. Vor Allem müssen alle scharf gewürzten Speisen aus der Nahrung fortfallen.

Prostatahypertrophie: Prostatiker dürfen um keinen Preis Excesse in der Lebensweise begehen, selbst wenn diese auch nur quantitativer Art wären. Die Aufnahme größerer Nahrungsmengen auf einmal ist bei ihnen von Uebel, jedenfalls muß die Hauptmahlzeit früh am Tage eingenommen werden und so gelegt sein, daß in den 3—4 darauffolgenden Stunden keine horizontale Lagerung des Körpers stattfindet, um nicht zwei schädliche Effecte aufeinander zu häufen. Alle gewürzten, gepökelten oder gesalzenen Speisen sind zu vermeiden, insbesondere auch Krebse, Seefische, Spargel und die anderen ähnlich wirkenden Nahrungsmittel. Die gleiche Zurückhaltung muß hinsichtlich der Getränke obwalten. Doch muß andererseits ebenso wie bei den Speisen auch für die Getränke der Grundsatz einer ausreichenden, kräftigen und anregenden Ernährung obenan stehen; und so ist gerade für Prostatiker der Wein, den alte Leute überhaupt nicht ganz entbehren dürfen, ein unerläßliches Getränk. Es muß aber auch hier wieder Rotwein, und zwar guter Rotwein sein, da Weißwein zu diuretisch und zu reizend wirkt. Bier ist zu verbieten und selbstverständlich auch Champagner; gegen verdünnten Kaffee und Thee besteht jedoch kein

Franz Neugebauer: **50 Missehen wegen Homosexualität und einige Ehescheidungen wegen „Erreur de sexe".** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 18.)

Verf. hat in der von ihm zusammengestellten Casuistik nicht weniger als 50 Mißehen gefunden, welche zwischen zwei Menschen gleichen Geschlechts geschlossen waren, weil das Geschlecht des einen der Gatten irrtümlich bestimmt worden war. Auf die von N. zusammengestellten 50 Fälle kommen 46 Ehen zwischen zwei Männern geschlossen und nur 3 Ehen zwischen zwei Frauen geschlossen. Für Fall 50 fehlen die Details. Es liegt dies daran, daß im Allgemeinen das männliche Scheinzwittertum viel häufiger vorkommt, als das weibliche. Hat doch N. auf 437 Fälle von männlichem Scheinzwittertum nur 125 von weiblichen gefunden.

Immerwahr (Berlin).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Cammidge (London): **Kritik der üblichen Harnproben auf Eiweiss.** (The Lancet, 22. April 1899.)

Um die Zuverlässigkeit der gebräuchlichen Eiweißreagentien, besonders gegenüber der Anwesenheit von nur minimalen Mengen Eiweiß, festzustellen, hat C. eine große Anzahl systematischer Urinuntersuchungen vorgenommen. Beim Vorhandensein von Eiweiß wurde in den meisten Fällen auch noch die quantitative Analyse ausgeführt. Es gelangten folgende 16 Reagentien zur Anwendung: Hitze, Hitze und Essigsäure, Hitze und Salpetersäure, Heller'sche Probe (kalte Salpetersäure), Ferrocyankali und Essigsäure, Robert's Probe (concentrirte Kochsalzlösung mit 5 pCt. Salzsäure), die Salz-Essig-Probe (wie die vorige, nur Essigsäure anstatt der Salzsäure), Trichloressigsäure, Picrinsäure, Hager'sche Probe (Picrinsäure mit Salzsäure), Esbach'sche Probe (Picrinsäure mit Essig- oder Citronensäure), Millard'sche Probe (Phenol mit Essigsäure und Aetzkali), Tanret'sche Probe (Kalium, Jodquecksilber und Essigsäure), Spiegler'sche Probe (Sublimat, Alkohol und Rohrzucker oder Glycerin), Essigsäure, Salicylsulfosäure. Keines dieser Reagentien ist absolut einwandsfrei und keines schließt Irrtümer gänzlich aus, besonders bezüglich der Nucleoproteide. Und je feiner das Reagens ist, desto leichter sind derartige Irrtümer möglich. Verf. geht dann die aufgezählten Reagentien im Einzelnen durch und wägt ihre gegenseitigen Vorteile und Nachteile ab. Er kommt dann zu dem Schluß, daß das letztgenannte Reagens das einfachste, am leichtesten anwendbare und dabei zuverlässigste bildet. Man fügt die gesättigte Salicylsulfosäurelösung aus einer Tropfenflasche ohne jede Vorbereitung dem Urin zu, wodurch das Eiweiß und die Albumosen sofort gefällt werden; letztere unterscheiden

sich dann von ersteren durch ihre Löslichkeit beim Kochen. Das genannte Reagens wirkt gleich gut im sauren wie im alkalischen Urin und schlägt (außer Albumosen) keinerlei andere Substanzen nieder. Allerdings fällt es wie die anderen Reagentien das Nucleoprotein ebenfalls. Doch ist dieses an dem secundären Ring bei der Heller'schen Probe leicht erkennbar, die man daher in zweifelhaften Fällen stets noch ausführen soll.

Loewenthal.

Colqhoun (Glasgow): **Carbolsäure als Eiweissreagens.** (The Lancet, 6. Mai 1899.)

Von den bekannten Eiweißreagentien schließen auch die feinsten und zuverlässigsten gelegentliche Irrtümer nicht aus. Verf. bemühte sich daher, ein Reagens zu finden, das von diesen Uebelständen frei ist. Er glaubt dies in einer Lösung von Carbolsäure in absolutem Alkohol gefunden zu haben. Und zwar wird erstere in letzterem bis zur Sättigung gelöst. Bringt man einige Tropfen dieser Lösung mittelst Pipette in das Reagensglas auf den zu untersuchenden Urin, so entsteht eine milchige Trübung, die sich allmählich zu Boden senkt. Enthält der Urin nun viel Eiweiß, so wird er in toto milchig getrübt. Sind nur Spuren von Eiweiß vorhanden, so muß man das Reagensglas noch einige Zeit stehen lassen, wonach man unterhalb der primären Trübung (die durch Wasserimbibition der Carbolsäure entstanden ist) eine weitere Trübung bemerkt, die sich mehr oder weniger tief (je nach der Menge des Eiweiß) nach unten hin ausdehnt. Diese Trübung unterscheidet sich von der Imbibitionstrübung dadurch, daß letztere verschwindet, wenn man das Reagensglas einige Male durch eine Spiritusflamme zieht. Die genannte Reaction steht an Feinheit und Zuverlässigkeit keiner anderen nach, Irrtümer kommen jedoch bei sorgfältiger Manipulation nicht vor. Den zu untersuchenden Urin muß man wie bei anderen Reactionen vorher ebenfalls bis auf ein specifisches Gewicht von etwa 1010 verdünnen.

Loewenthal.

Dr. Wolowski: **Quantitative Bestimmung des Indican im Harn.** (Wratsch 1899, No. 17.)

Das Verfahren, welches Verf. mit Erfolg seit zwei Jahren anwendet, besteht in Folgendem:

1. Nach Bestimmung der täglichen Menge und des specifischen Gewichts des Harns bringt man in einen 100 ccm fassenden Cylinder 10 ccm 25proc. Bleizuckerlösung und setzt Harn bis zu 100 ccm zu. Ist der Harn zu stark gefärbt, so wird er bis zur Hälfte mit Wasser verdünnt. Die Mischung wird tüchtig geschüttelt, filtrirt und in drei Reagensgläschen von 5 ccm Raumgehalt gegossen.

2. Aus einem Tropfglas werden nun in das erste Reagensglas ein, in das zweite zwei, in das dritte drei Tropfen einer 1proc. Lösung von chlorsaurem Kali hineingegossen. Nach einmaligem Umschütteln werden die Reagensgläschen für die Dauer von 2—3 Minuten auf einen Ständer gebracht.

3. Man setzt zu jedem Reagensglas je 5 ccm Chlorwasserstoffsäure von specifischem Gewicht 1,19 hinzu. Die Reagensgläschen werden hierauf zwei- bis dreimal umgekippt und für die Dauer von 4—5 Minuten behufs Abkühlung weggestellt.

4. Schließlich bringt man in jedes Reagensgläschen je 1 ccm Chloroform, wonach die Reagensgläschen ca. zehnmal umgekippt (aber nicht geschüttelt) werden. Das Chloroform setzt sich bald auf den Boden der Reagensgläschen nieder. War die Indicanmenge normal (0,006—0,007 in 24 Stunden), so erhält man im ersten Reagensgläschen eine leichte, im zweiten eine intensivere und im dritten gar keine Färbung. Zur Erhaltung genauerer Resultate kann man in zwei neue Reagensgläschen außer einem und zwei Tropfen noch fünf Tropfen einer mit Wasser zehnfach verdünnten Lösung von chlorsaurem Kali hineinthun. Man bekommt also 1,5 und 2,5 Tropfen, mit welchen in der geschilderten Weise weiter verfahren wird. Man bringt die Reagensgläschen auf einen geeigneten Platz, wobei man eine ganze Reihe Chloroformextracte mit allmählich steigender und dann allmählich abnehmender Färbung bis zum vollständigen Schwund derselben erhält. Der höchste Grad der Färbung weist auf die Tropfenzahl hin, welche zur Bestimmung der Indicanmenge nötig ist. Ist der Indicangehalt groß, so muß man die Arbeit fortsetzen, indem man immer nur einen Tropfen so lange zusetzt, bis die Färbung verschwunden ist. Ist der Indicangehalt gering, so hat man im ersten Reagensgläschen mit dem einen Tropfen eine leichte, in dem zweiten gar keine Färbung. In diesem Falle muß man 3—8 Tropfen der oben bezeichneten, zehnfach verdünnten Lösung hinzusetzen; auch in diesem Falle kann man verschiedene Färbungsgrade beobachten. In einem Fall hat Verf. Färbung nur bei zwei Tropfen erhalten. Sämtliche Quantitäten sind derart zusammengestellt, daß ein Tropfen der 1proc. Lösung 0,1 g Chlor auf 1 l Harn entspricht. Zur Bestimmung der relativen Quantität des Indicans wird der Multiplicator von Haeser (2,33) angewandt.

Bezüglich der klinischen Bedeutung der Indicanurie gelangte Verf. auf Grund seiner an verschiedenen Patienten in geschilderter Weise ausgeführten Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Indicanurie ist nicht selten die einzige Ursache verschiedener Erkrankungen, sowohl acuter wie auch chronischer, was dadurch bewiesen wird,

2. daß durch entsprechende, auf Beseitigung der Indicanurie gerichtete Behandlung manche acute Erkrankungen in drei bis vier Tagen geheilt werden können,

3. daß man durch entsprechende anderweitige Behandlung Recidive chronischer Erkrankungen verhüten kann, indem man das Auftreten von Indican im Harn verfolgt. Li.

Bonanni: **L'urina nel' ittero grave.** (Roma, Fratelli Centenari 1899. Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, 34.)

Die im Institut des Prof. Calasanti angestellten Untersuchungen ergaben, daß eine beträchtliche Eiweißvernichtung beim Icterus gravis statt-

findet: der mit dem Urin ausgeschiedene Stickstoff überschritt die Menge des im Inanitionszustand ohne Intoxication ausgeschiedenen Stickstoffes. Die Harnstoffmenge nimmt ab, der Ammoniakgehalt zu. Dabei gehen die Fäulnisprocesse im Darm ganz normal von statten. Es finden sich Milchsäure, Leucin und Tyrosin im Urin. Vorhanden sind auch Gallensäuren und Eiweiß, dagegen fehlen Zucker und Albumosen. Dreyer (Köln).

Cecchetelli Ippoliti: **La crisi urinaria in alcune malattie febrili.** (Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, No. 31.)

Verf. hat an seinem Krankenmaterial Beobachtungen darüber angestellt, ob mit dem Aufhören der Infectionskrankheiten regelmäßige Veränderungen im Urin aufträten. Eiweiß verschwand mit dem Aufhören des Fiebers zweimal vollständig, einmal blieben auch während der Reconvalescenz noch Spuren vorhanden. In Fällen von Pleuritis und Typhus fand Autor weder im febrilen, noch im Reconvalescenzstadium Eiweiß. Die Stickstoffausfuhr war — bei Berücksichtigung der Einfuhr — im Fieber stets erhöht, und eine vermehrte Ausfuhr fiel häufig mit einer Erhöhung der Temperatur zusammen. Auch in der Reconvalescenz war anfangs die N-Ausfuhr noch größer als die Einfuhr. Erst allmählich stellte sich wieder N-Gleichgewicht her. In den vom Verf. beobachteten Fällen war die Urinmenge niemals abnorm gering, deshalb ist vielleicht auch eine kritische Polyurie nicht beobachtet. Denn ein einmaliges hohes Ansteigen der Urinmenge mit vermehrter Stickstoffausscheidung ging ebenfalls sehr schnell in das gewöhnliche Verhalten über. Dreyer (Köln).

Fittipaldi: **Per la conservazione dei sedimenti urinarii.** (Riv. clin. terapeut. 1899, 3. Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, No. 46.)

Um den Urin möglichst lange mit allen morphotischen Elementen untersuchungsfähig zu erhalten, setzt man am besten nach den Untersuchungen F.'s so viele Tropfen Jodtinctur hinzu, wie Cubikcentimeter Urin vorhanden sind. Weniger brauchbar sind 10 pCt. Alkohol, Kochsalz und 1 pCt. Borsäure. Chloroformwasser und Thymol fand F. nicht nützlich.

Dreyer (Köln).

Dr. Albert Kowarsky (Moskau): **Zur Vereinfachung der Phenylhydrazinprobe.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 19.)

Verf. schlägt folgende zweckmäßige Vereinfachung der Phenylhydrazinprobe vor:

In ein Reagensglas werden 5 Tropfen reines Phenylhydrazin gegossen, alsdann 10 Tropfen Acid. acet. glaciale, das Gemisch leicht umgeschüttelt und 1 ccm einer gesättigten Kochsalzlösung hinzugefügt. Das sich hierbei bildende salzsaure Phenylhydrazin und das essigsaure Natron haben das Aussehen einer weißen käsigen Masse. Jetzt werden in das Reagensglas 3 ccm (nicht mehr) Harn gegossen und das Gemisch zwei Minuten über die Flamme

des Bunsen'schen Brenners oder der Spirituslampe gehalten. Darauf muß man das Gemisch langsam erkalten lassen (auf keinen Fall darf das heiße Glas in kaltes Wasser gesetzt werden). Der Niederschlag bildet sich mehr oder weniger schnell, und zwar in Abhängigkeit vom Vorhandensein des Zuckers in dem zu prüfenden Harn. Je mehr Zucker vorhanden, desto schneller bildet sich der Niederschlag. Uebersteigt der Zuckergehalt 0,5 pCt., so bildet sich der Niederschlag schon nach zwei Minuten. Die Anwesenheit von Eiweiß in geringer Menge stört nicht die Reaction, falls aber viel solches vorhanden ist, so muß es vorher durch Kochen ausgefällt werden.

Die geschilderte Probe hat folgende Vorteile: a) einfache Manipulation, b) die hierzu nötigen Reagentien verderben nicht schnell, c) geringer Zeitverlust. Im Allgemeinen ist es nicht zweckentsprechend, den Niederschlag 15—20 Minuten nach dem Erwärmen zu untersuchen. Falls sich in dem so untersuchten Harn keine typischen Krystalle finden, so darf man überzeugt sein, daß sich in ihm nur geringe Spuren von Zucker unter 0,1 pCt. finden können. Um Zuckerspuren völlig ausschließen zu dürfen, darf der Niederschlag erst nach einer Stunde untersucht werden. In dieser vereinfachten Form kann die Phenylhydrazinprobe alle übrigen Zuckerreactionen ersetzen. Beim Zuckergehalt über 0,5 pCt. kann man auch das Mikroskop entbehren. Der hierbei erhaltene goldgelbe krystallinische Niederschlag ist so characteristisch, daß er allein schon schon die Berechtigung giebt, das Vorhandensein von Zucker zu constatiren. Lubowski.

Dr. Felix Raphael (Berlin): **Untersuchungen über alimentäre Glycosurie.** (Zeitschrift für klinische Medicin 1899, No. 1 u. 2.)

Trotz der zahlreichen Arbeiten, welche in den letzten Jahren über die alimentäre Glycosurie erschienen sind, herrscht immer noch über eine ganze Reihe von principiellen Fragen, welche die Zuckerausscheidung bei der alimentären Glycosurie betreffen, ein Mangel an einheitlicher Auffassung. So steht zur Zeit u. a. noch die Frage in Discussion, ob diejenige Form der Glycosurie, welche nach Genuß von Amylaceen auftritt, mit derjenigen Form, welche nach Zufuhr von Zucker beobachtet wird, identisch oder verwandt ist. Ferner ist die Frage, wie sich das quantitative Moment bei den einzelnen Fällen von alimentärer Glycosurie verhält, noch nicht genügend erforscht. Schließlich fällt bei der Durchsicht der über die alimentäre Glycosurie vorhandenen Litteratur die Thatsache auf, daß Untersuchungen über die Frage, wie sich ein und dieselbe Person, welche nach Zufuhr einer bestimmten Menge von Traubenzucker Glycosurie zeigt, zu einer anderen Zeit verhält, wenn sie die gleiche Menge Traubenzucker unter denselben Bedingungen zu sich nimmt, nur in spärlicher Anzahl und in nicht übereinstimmender Beantwortung vorliegen. Im Zusammenhange mit diesen Fragen hat nun Verf. auf Veranlassung von Strauss eine Reihe von Untersuchungen angestellt, welche die Beantwortung folgender Fragen zum Ziele hatten:

I. In welchem Grade zeigt die Zuckerausscheidung bei Personen, welche auf Amylaceenzufuhr Zucker ausscheiden, Differenzen, wenn diese ein und

dasselbe Quantum von Kohlehydraten in verschiedener Weise zu sich nehmen, das eine Mal in Form von Amylaceen, das andere Mal in Form von Traubenzucker?

II. Besteht ein Unterschied in dem Ausscheidungsquantum und dem Ausscheidungsmodus des Traubenzuckers, wenn ein und dasselbe Quantum Traubenzucker bei verschiedenen Personen verabreicht wird, von welchen die Einen auf Amylaceenzufuhr Zucker ausscheiden, während die Anderen auf Amylaceenzufuhr keinen Zucker ausscheiden?

III. Steht die Größe der Zuckerausscheidung bei einer und derselben Person in bestimmten Verhältnissen zur Größe der Zuckerzufuhr?

IV. Wie verhält sich die Zuckerausscheidung bei einer und derselben Person nach Zufuhr einer bestimmten, stets gleichen Menge Traubenzuckers zu verschiedenen Zeiten?

Zur Erledigung dieser Fragen konnten nur solche Versuchspersonen verwendet werden, welche eine innerhalb einer bestimmten Zeit keiner größeren Schwankung unterliegende Disposition zur alimentären Glycosurie besitzen mußten, d. h. bei welchen die Aetiologie der Disposition zur alimentären Glycosurie eine gewisse Dauer in ihrer Wirkung voraussetzen ließ. Verf. stellte deshalb seine Untersuchungen vorwiegend an solchen Personen an, welche unter den bezeichneten Gesichtspunkten speciell ausgewählt worden waren, und zwar waren dies drei Patienten, welche an Arthritis urica, zwei, welche an chronischem Gelenkrheumatismus litten, ein Patient, welcher an chronischem Alkoholismus mit schweren Veränderungen im Centralnervensystem litt und eine mehrere Monate hindurch andauernde Disposition zur alimentären Glycosurie zeigte. Ein weiterer Patient litt an allgemeiner Adipositas, bei welcher ja auch in einer Reihe von Fällen alimentäre Glycosurie beobachtet wird. Bei der letzten Versuchsperson lag eine Combination von Adipositas, chronischem Alkoholismus und Encephalopathia saturnina vor.

Zur Beantwortung der ersten Frage fand Verf. unter etwa 100 Patienten nur 3, die, ohne ausgesprochene Diabetiker zu sein, auf reichliche Amylaceenzufuhr Zucker im Urin ausschieden und somit zu den geplanten Versuchen geeignet waren. Von diesen Patienten hatte der eine Lebercirrhose, Arthritis urica und Glycosurie; bei dem zweiten lautete die Diagnose: Alcohol. chron., Gastritis chron., Arthritis urica, Glycosurie; bei dem dritten bestand transitorische Glycosurie mit Verdacht auf beginnenden Diabetes und chronischen Gelenkrheumatismus. Der Versuchsgang war folgender:

Die Patienten erhielten frühmorgens 6 Uhr, im nüchternen Zustande, eine Auflösung einer bestimmten Menge von wasserfreiem Traubenzucker bezw. eine Aufschwemmung von Amylaceen, welche ungefähr dieselbe Menge an Kohlehydraten enthielten wie die verabreichte Menge des Traubenzuckers in 500 ccm Wasser. Die Patienten blieben in den auf die Aufnahme folgenden sechs Stunden frei von jeglicher Nahrungszufuhr und waren angewiesen, jede Stunde in ein besonderes Glas Urin zu lassen. Es gelangten außer dem Urin, welcher dem den einzelnen Versuchen vorauf-

gegangenen Tage entsprach, sowie außer dem Nachturin die in den einzelnen Stunden gelassenen Urinportionen gesondert zur Untersuchung. Der Rest des Urins, welcher von der siebenten Stunde nach der Zucker- bezw. Mehlaufnahme bis zum nächsten Morgen gelassen wurde, wurde gleichfalls gesammelt und für sich untersucht. Auf diese Weise konnte man sich über die Ausscheidungsverhältnisse in den auf die Einführung folgenden 24 Stunden orientiren. Die Untersuchung auf Zucker erfolgte mittelst der Trommerschen, Nylander'schen und der Gährungsprobe, außerdem wurde der Zuckergehalt jeder einzelnen Urinportion polarimetrisch bestimmt. Aus einem Vergleich der Versuche mit der Verabreichuog von Traubenzucker und Amylaceen ergaben sich nun folgende Beobachtungen:

1. Was das Ausscheidungsquantum betrifft, so war dasselbe bei allen Patienten größer, wenn eine bestimmte Menge Kohlehydrate in Form von Traubenzucker zugeführt wurde, als wenn die Versuchspersonen dieselbe Menge Kohlehydrate in Form von Amylaceen zu sich nahmen. Der Unterschied betrug bei dem ersten Patienten das Fünffache, bei dem anderen Patienten das Zehnfache des ausgeschiedenen Zuckers.

2. Was den Ausscheidungsmodus anbelangt, d. h. die Art und Weise, wie die Ausscheidung von Zucker sich zeitlich zur Ingestion verhält, so scheint es, als ob die Zuckerausscheidung bei der Zufuhr des Kohlehydrats sowohl in Form von Traubenzucker als auch in Form von Amylaceen nicht wesentlich verschieden ist; nur bei dem dritten Patienten hörte dieselbe bei Amylaceenzufuhr früher auf als bei Verabreichung von Traubenzucker.

Bei der Erörterung der sub II angegebenen Fragen bezieht sich Verf. zunächst auf die obigen drei Versuchspersonen. Diese gehören derjenigen Gruppe von Versuchspersonen an, welche auf Amylaceenzufuhr Zucker ausscheiden. Ihnen reiht sich noch ein Patient an, bei welchem zwar kein Mehlsuppenversuch angestellt worden ist, welcher jedoch an einigen Tagen in einwandsfreier Weise bei gemischter Ernährung Glycosurie zeigte, während er bei kohlehydratfreier Diät frei von Zucker war. Die Diagnose lautete bei diesem Patienten: Arthritis urica, Polyneuritis alcoholica, Glycosuria transitoria. Außerdem hat Verf. Beobachtungen an fünf Patienten angestellt, welche auf Zufuhr von Mehl keinen Zucker im Urin ausschieden. Aus den gesamten Beobachtungen ergiebt sich:

1. Bezüglich des ausgeschiedenen Zuckerquantums: Bei Patienten, welche auf reichliche Amylaceenzufuhr Glycosurie zeigen, sei es, daß diese eine leichte Form des Diabetes darstellt oder frei von den Characteren dieser Krankheit ist, ist die Menge des auf die Zufuhr von 100 g Traubenzuckers ausgeschiedenen Zuckers meist größer, als wir sie bei Patienten feststellen können, welche auf Amylaceenzufuhr keinen Zucker ausscheiden. Nur ein zu der letztgenannten Gruppe von Versuchspersonen gehöriger Patient zeigte trotzdem eine auffallend hohe Zuckerausscheidung auf die Zufuhr von 100 g Traubenzucker (über 6 g). Bei diesem Patienten muß an dem betreffenden Versuchstage die Toleranz für Traubenzucker besonders stark herabgesetzt gewesen sein. Die Gesetzmäßigkeit des genannten Verhaltens wird indessen

zuweilen durchbrochen. Wenn Külz den Satz aufstellt, daß es Diabetiker der leichten Form giebt, welche nach Durchführung einer streng antidiabetischen Diät auf Zufuhr von viel Traubenzucker keine größere Ausscheidung zeigen als gesunde Individuen, so müssen solche Personen eben als, wenigstens zur Zeit der Untersuchung, geheilte Diabetiker bezeichnet werden. Hier zeigt sich deutlich der diagnostische Wert der Untersuchung auf alimentäre Glycosurie, insofern, als diese das Urteil über die Frage einer zeitlichen Besserung bezw. Heilung einer vorhanden gewesenen Glycosurie bekräftigen kann. Diabetiker, welche an ausgeprägter Form der Krankheit leiden, scheiden während des Bestehens der Krankheit auf Traubenzuckerzufuhr stets Zucker im Urin aus. Wenn dies nicht der Fall ist, so ist eben bei ihnen die Disposition zur Glycosurie zeitlich oder dauernd geschwunden, und solche Personen dürfen in dieser Zeit nicht Diabetiker genannt werden. Dabei scheidet der schwere Diabetiker bei gleicher Zuckerzufuhr im Allgemeinen mehr Zucker aus als der leichte Diabetiker.

2. Bezüglich des Ausscheidungsmodus: Die Zeit, in welcher die Zuckerausscheidung vor sich geht, ist bei Personen, welche auf Amylaceenzufuhr Zucker ausscheiden und solchen, welche auf Amylaceenzufuhr keinen Zucker ausscheiden, annähernd dieselbe, und zwar sowohl hinsichtlich des Beginns als hinsichtlich der Dauer der Ausscheidung. Bei beiden Gruppen der Versuchspersonen ging die Ausscheidung rasch vor sich und war spätestens nach vier Stunden beendet.

3. Die vergleichenden Untersuchungen über die Frage sub III hat Verf. an solchen Personen angestellt, bei welchen auf Amylaceenzufuhr keine Glycosurie zu erzielen war. Bei den einzelnen Versuchen ging Verf. in der Weise vor, daß er ein und derselben Versuchsperson zu verschiedenen Zeiten verschieden große Zuckerdosen unter den angegebenen Versuchsbedingungen verabreichte. Er gab fast stets zum Vergleich 100 und 200 g, nur in einzelnen Fällen auch 50 und 150 g Traubenzucker.

Neben seinen eigenen Versuchen zog Verf. in das Bereich seiner Studien die in der Literatur vorhandenen Untersuchungen, welche gleichfalls das Ziel hatten, die Zuckerausscheidung bei derselben Person bei Verabreichung verschieden großer Zuckerdosen zu erforschen und teils mit Traubenzucker, teils mit Rohrzucker angestellt worden sind.

Wenn man die gesamten über diesen Punkt mitgeteilten Versuche überblickt, so ergiebt sich aus den Versuchen, welche unter Anwendung von Traubenzucker angestellt sind, daß ein bestimmtes Verhältnis zwischen dem eingeführten und dem ausgeschiedenen Zucker nicht existirt, d. h. der „Ausnutzungscoefficient“ ist, wenigstens bei Traubenzucker, bei ein und derselben Person bei Zufuhr verschieden großer Mengen von Zucker ein durchaus schwankender. Was den Rohrzucker anbelangt, so kann allerdings nicht geleugnet werden, daß „in allen diesen Versuchen die absolute Menge des ausgeschiedenen Zuckers mit dem eingeführten Zucker wächst“; dagegen ergiebt sich aus den Versuchen nicht, daß die ausgeschiedene Zuckermenge stets in einem bestimmten procentualen Verhältnis zum zugeführten Zucker-

quantum steht. Eine Verallgemeinerung dieses Satzes in der Art, daß es ein constantes Verhältnis zwischen der Menge des eingeführten und des ausgeschiedenen Zuckers giebt (Linossier und Roque), ist nach Ansicht des Verfassers nicht ohne Weiteres erlaubt, speciell ist eine Uebertragung dieser für den Rohrzucker gemachten Beobachtungen auf das Verhalten des Organismus gegenüber dem Traubenzucker, wie die mitgeteilten mit Traubenzucker angestellten Versuche zeigen, unter keinen Umständen statthaft, schon aus dem Grunde, weil der Traubenzucker der directen Resorption durch den Darm anheimfällt, während der Rohrzucker erst gespalten werden muß. Es ist ohne Weiteres einleuchtend, daß die Durchsichtigkeit eines Versuchsergebnisses nur darunter leiden muß, wenn noch ein neuer Factor, wie die Spaltung des Rohrzuckers im Verdauungscanal, hinzukommt.

4. Zur Erledigung der Frage sub IV hat Verf. seine Untersuchungen an fünf Patienten angestellt, welche sich längere Zeit in klinischer Beobachtung befanden. Die Untersuchungen sind in Zwischenräumen von einigen Tagen, Wochen und Monaten angestellt, wobei stets dieselbe Menge Traubenzucker (100 g) verabreicht wurde. Aus den hierbei gemachten Beobachtungen ergiebt sich, daß die Zuckerausscheidung bei Personen, welche nach Zufuhr von 100 g Traubenzucker alimentäre Glycosurie zeigen, zu verschiedenen Zeiten in ziemlich weiten Grenzen sich ändern, bezw. ganz verschwinden kann. Diese Erfahrung stimmt mit dem überein, was H. Strauss über die „transitorische Disposition" geäußert hat, und erfährt eine besondere Stütze durch die von demselben mitgeteilten Beobachtungen über die Beziehungen der alimentären Glycosurie zu gewissen acuten, durch Intoxication herbeigeführten Krankheitszuständen. Wie Strauss gezeigt hat, zeigen bestimmte Personen nur zur Zeit eines Delirium tremens, einer Bleicolik oder auf der Höhe der Thyreoideawirkung einen positiven Ausfall des Versuches der alimentären Glycosurie, während sie einen solchen in der übrigen Zeit vermissen lassen. Mit diesen Zuständen ist sicherlich nur die geringste Zahl von Ursachen für eine transitorische Disposition erschöpft. Speciell dürfte das Nervensystem besonders häufig mit seinen wechselnden Zuständen eine Quelle für solche vorübergehenden Dispositionen abgeben. Aus diesem Grunde muß man dem Factor der zeitlichen Disposition in der ganzen Frage der alimentären Glycosurie eine bedeutende Rolle zuerkennen. Unter Berücksichtigung dieses Factors wird es auch klar, warum einerseits eine Steigerung des zugeführten Zuckers nicht immer eine Vermehrung der ausgeschiedenen Zuckermenge bedingt, und es wird auch verständlich, warum für eine bestimmte Person ein bestimmter, sich stets gleichbleibender Ausnützungscoefficient nicht existirt. Aus den mitgeteilten Beobachtungen über die Ausscheidungsverhältnisse bezw. Verminderung der Zuckerdosis bei derselben Person ergiebt sich die interessante und vorerst nicht weiter zu erklärende Wahrnehmung, daß die mit der Zuckeröconomie betrauten Organe einer sehr großen Arbeitsleistung gegenüber (200 g Traubenzucker) noch eine absolut größere Bewältigungskraft zeigen, als einem kleinen Quantum Traubenzucker gegenüber (50 bezw. 100 g Traubenzucker). So absurd es

auch klingt, so steht es doch fest, daß eine zu alimentärer Glycosurie disponirende Person bei Zufuhr einer sehr großen Zuckermenge im Organismus mehr Zucker unterbringen oder verbrennen kann, als bei Zufuhr einer kleineren Zuckermenge. Dies steht im grellen Widerspruch mit der allgemeinen Beobachtung, daß abnorme Inanspruchnahme einer Function in der Regel mit einer Herabsetzung der Leistungsfähigkeit derselben einhergeht.

Schließlich hält Verf. in Uebereinstimmung mit Strauss die Beobachtung für mitteilenswert, daß bei einigen Patienten gelegentlich der polarimetrischen Untersuchung des Urins nach Verabreichung von 100 g Traubenzucker der Urin linksdrehend war.

Bei der Prüfung aller seiner Beobachtungen hinsichtlich der ersten und principiellen Frage, ob die alimentäre Glycosurie und die Glycosurie, welche nicht durch Traubenzucker erzeugt wird, eine innere Verwandtschaft besitzen, glaubt Verf., daß dieselben geeignet sind, für eine unitarische Auffassung eine weit stärkere Stütze abzugeben, als für eine dualistische Betrachtung Ein principieller Unterschied zwischen der alimentären Glycosurie und derjenigen, welche man beim Diabetes beobachtet, scheint auch nach Ansicht des Verfassers nicht zu existiren. Der Unterschied liegt nach seiner Meinung weniger in qualitativen, als vielmehr in quantitativen Momenten. Freilich ist zwischen alimentärer Glycosurie und Diabetes ein weiter Schritt, und es darf nicht jeder Mensch, welcher alimentäre Glycosurie zeigt, als ein zukünftiger Diabetiker betrachtet werden, denn bei der Mehrzahl von Patienten ist die Disposition zur alimentären Glycosurie entsprechend der speciellen Form der Aetiologie nur eine zeitlich begrenzte. Andererseits ist aber gewiß die Auffassung berechtigt, daß die Mehrzahl der Diabetiker in einer Zeit, in welcher ihre Krankheit selbst noch nicht manifest ist, eine Disposition zur alimentären Glycosurie in sich tragen dürfte. Deshalb ist die diagnostische und auch die prognostische Bedeutung der alimentären Glycosurie in den verschiedenen Fällen eine verschiedene, und es muß speciell unter Berücksichtigung der Beobachtung, welche über die vorübergehende Disposition bei Delirium tremens und anderen acuten Zuständen im Verlauf des Alkoholismus, ferner bei der Bleicolik etc. gemacht sind, die Bedeutung des Phänomens im einzelnen Falle erst unter Erwägung aller begleitenden Umstände festgestellt werden. Die Feststellung der alimentären Glycosurie an sich erlaubt also von vornherein nach keiner Richtung hin einen irgendwie bindenden Schluß, doch ist die Feststellung des Phänomens sicherlich geeignet, außer dem, was sie für die Erledigung theoretischer Fragen leistet, im Zusammenhang mit anderen klinischen Daten in manchen Fällen der Diagnose Nutzen und Förderung zu bringen. Lubowski.

Dr. J. Strauss (Frankfurt a. M.): **Zur Lehre von der alimentären und diabetischen Glycosurie.** (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 13.)

Von den meisten Autoren wird zur Zeit in übereinstimmender Weise die Ansicht vertreten, daß die nach Zuckerzufuhr und die nach Stärkegenuß

beim Menschen auftretenden Glycosurien in diagnostischer und prognostischer Hinsicht durchaus verschieden zu bewerten sind. Die Richtigkeit dieser Annahme hat nun Verf. auf diese Weise experimentell zu prüfen gesucht, daß er in systematischer Weise das Verhalten von Personen, für welche die Untersuchung ergab, daß sie eine Disposition zu alimentärer Glycosurie e saccharo zeigten, gegenüber abwechselnder Darreichung äquivalenter Mengen von Traubenzucker und von Stärke, einer Prüfung unterzog. Da ihm Personen mit dauernder Disposition zu alimentärer Glycosurie, die für derartige Untersuchungen die geeignetsten Objecte abgeben dürften, so gut wie gar nicht zur Verfügung standen, so hat Verf. die Mehrzahl seiner Versuche an solchen Individuen angestellt, welche, wie die Beobachtung lehrte, eine passagere, aber doch längere Zeit, mehrere, zum mindesten 3—4 Tage bis zu 2 Wochen andauernde Disposition zu alimentärer Glycosurie aufwiesen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind folgende:

1. In 8 von 11 Fällen, in denen sowohl Zucker als Amylum verabreicht wurde, war neben alimentärer Glycosurie e saccharo auch alimentäre Glycosurie ex amylo zu erzielen. Von diesen 8 Fällen betrafen 4 Potatoren, die noch unter der frischen Einwirkung des Potatoriums standen, eine Beobachtung bezieht sich auf einen Fall von Imbecillitas und 3 positive Befunde wurden in Fällen von Pneumonie erhoben. Meistens blieb die Menge des nach Amylum ausgeschiedenen Zuckers weit hinter der Höhe der nach Traubenzucker auftretenden Glycosurie zurück. Diese Regel kann durchbrochen werden, wenn die in einem Teile der Fälle auf besondere Ursachen zurückzuführenden täglichen Schwankungen in der Intensität der Disposition zu alimentärer Glycosurie zufällig an Tagen, an denen Amylum verabreicht wird, zu stärkerer Glycosurie führen. Aehnliche Ausnahmen von der Regel kommen übrigens, wie Verf. in einem mit einer Ophthalmoplegia exterior bilateralis combinirten Falle von Diabetes mellitus constatirte, unter besonderen Verhältnissen zeitweise auch bei echt diabetischen Stoffwechselstörungen vor.

2. In zwei Fällen von Pneumonie konnte Verf. den einwandsfreien Beweis dafür erbringen, daß unter dem Einfluß einer fieberhaften Infection nicht blos nach Zufuhr von Glycose, sondern auch nach Verabreichung von Amylum Glycosurie zu Stande kommen kann.

3. Bei Individuen mit zeitlich beschränkter Disposition zu alimentärer Glycosurie hielt die Disposition zu der nach Stärkegenuß eintretenden Glycosurie kürzere Zeit an, als die Disposition zu Glycosurie nach Zuckerzufuhr, wenn sie nicht gleichzeitig mit dieser verschwand.

4. Es zeigte sich, daß bei Individuen, die zu alimentärer Glycosurie disponirt sind, unter reichlichem Genuß von Kohlehydraten eine Schädigung ihrer Toleranz für Kohlehydrate relativ häufig eintritt. Besondere Erwähnung verdient unter Anderem die Thatsache, daß es gelang, bei einem passager zu alimentärer Glycosurie disponirten Patienten in einer Periode, in welcher dieser auf reichliche Zufuhr von Amylum nicht sofort mit Glycosurie reagirte, durch fortgesetzte Verabreichung großer Mengen von Amylum im Laufe

von drei Tagen die Kohlehydratausfuhr durch den Harn soweit in die Höhe zu treiben, daß mit der Nylander'schen Reaction und der Gährungsprobe in einzelnen Portionen des stündlich getrennt aufgefangenen Harns der nächstfolgenden Tage geringe Quantitäten von Zucker nachgewiesen werden konnten. Damit steht die alimentäre Glycosurie im Gegensatz zu der physiologischen Glycosurie, für welche ein derartiges Verhalten nicht nachgewiesen werden konnte, und sie nähert sich der echt diabetischen Glycosurie, für welche seit Langem bekannt ist, daß sie unter Darreichung von Kohlehydraten meistens eine Zunahme erfährt.

5. Bei keinem einzigen Patienten konnte eine Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Traubenzucker constatirt werden, wenn die Schädlichkeiten, von denen man annehmen darf, daß sie die Toleranz für Kohlehydrate herabsetzen, nicht mehr in manifester Weise auf ihn einwirkten.

6. Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Potatorium und alimentärer Glycosurie ergaben die Versuche im Speciellen folgendes:

a) Potatoren sind, solange sie unter der directen Einwirkung des Potatoriums stehen, in einem hohen Procentsatz zu alimentärer Glycosurie disponirt. Andererseits vermißte Verf. bei 30 Potatoren, welche sämtlich Symptome des chronischen Alkoholismus wahrnehmen ließen, nach längere Zeit andauernder Abstinenz regelmäßig eine Disposition zu alimentärer Glycosurie e saccharo.

b) In vier Fällen von Alcoholismus chronicus wurde unter der frischen Einwirkung des Potatoriums das Auftreten „spontaner" i. e. nach gemischter Kost auftretender Glycosurien beobachtet. In keinem dieser Fälle waren irgend welche auf das Bestehen eines Delirium tremens hinweisende Symptome nachzuweisen, dagegen fehlte in keinem der Fälle die Complication mit dem Zustande der Betrunkenheit Dreimal handelte es sich um ephemere Glycosurien, während in dem vierten Falle die Glycosurie unter einer amylaceenreichen gemischten Diät drei resp. vier Tage andauerte.

c) Durch große Dosen von Alkohol konnte Verf. in einem Falle die bereits erloschene Disposition zu einer unter amylaceenreicher Nahrung ohne gleichzeitige Traubenzuckerzufuhr eintretenden Glycosurie vorübergehend wieder in Gang bringen.

d) Bei Betrunkenen, deren Urin zunächst zuckerfrei befunden wurde, konnte nur in einem Teil der Fälle durch 167 g Weißbrot resp. 100 g Traubenzucker Glycosurie hervorgerufen werden.

e) Ein Alkohol-Epileptiker zeigte das paradoxe Verhalten, daß er nach Krampfanfällen zunächst nicht glycosurisch wurde, während er an den nachfolgenden Tagen unter der zwar nicht vollkommen unmittelbaren, aber doch noch frischen, durch Krampfanfälle nicht mehr complicirten Einwirkung des Potatoriums nach 100 g Traubenzucker resp. 167 g Weißbrötchen Glycosurie zeigte. Man kann daran denken, daß in diesem Falle die vorangehenden Krampfattaken durch Steigerung des Verbrauches an Kohlehydraten anfangs das Zustandekommen der alimentären Glycosurie verhinderten.

Damit sind für die alimentäre Glycosurie Eigenschaften erwiesen,

welche einer diabetischen Stoffwechselstörung zukommen: die Constanz in ihrem Auftreten und die Tendenz zu progressivem Wachstum. Der Unterschied zwischen der alimentären Glycosurie e saccharo und der alimentären Glycosurie ex amylo dürfte wesentlich gradueller Natur sein. Ein principieller Unterschied dürfte schon deshalb nicht anzunehmen sein, weil in einem Teil der Fälle sich mit der Disposition zu alimentärer Glycosurie e saccharo eine Disposition zu alimentärer Glycosurie ex amylo vergesellschaftet. Die Dinge liegen hier offenbar so, daß unter sonst gleichen Bedingungen leichtere Art zu alimentärer Glycosurie e saccharo führt, während Schädigungen schwererer Art auch die Toleranz für Stärke herabsetzen.

Es muß die practisch wichtige Frage aufgeworfen werden, ob nun thatsächlich ein auch nur einigermaßen erheblicher Teil der alimentären Glycosurien als Vorläufer des Krankheitsbildes eines echten Diabetes mellitus aufzufassen ist. Diese Frage ist wohl lediglich an der Hand einer ausgedehnten Empirie zu beantworten. Wahrscheinlich ist ein solches Verhalten deshalb nicht, weil die alimentäre Glycosurie die mildeste Erscheinungsform einer diabetischen Glycosurie ist und aus diesem Grunde für sie die für leichte diabetische Glycosurien vorhandenen Aussichten eines Stillstandes, einer Remission und eines definitiven Rückganges in besonders hohem Maße zutreffen. Dabei ist in prognostischer Hinsicht streng zu unterscheiden zwischen Personen, die auf Grund von vorübergehend auf sie einwirkenden Schädlichkeiten vorübergehend alimentäre Glycosurie zeigen und zwischen Individuen, welche auf Grund dauernder Schädigung ihres Assimilationsvermögens für Kohlehydrate dauernd zu alimentärer Glycosurie disponirt sind. Erstere sind gewiß nicht eines künftigen Diabetes verdächtig, während bei letzteren die Möglichkeit der späteren Entwicklung eines Diabetes mellitus stets im Auge behalten werden soll, insbesondere dann, wenn bei ihnen neben alimentärer Glycosurie e saccharo auch alimentäre Glycosurie ex amylo aufzuweisen ist. Lubowski.

Dr. Hans Herz: **Diabetes insipidus und Verdauungsappparat.** (Ein Capitel aus dem Werke des Verfassers: Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. S. Karger, Berlin 1898.)

Wie beim Diabetes mellitus (cf. diese Monatsberichte, Mai d. J.) macht sich auch beim Diabetes insipidus Trockenheit der Mund- und Rachenhöhle mit ihren Symptomen bemerkbar, jedoch in noch constanterer Form, als bei dem ersteren. Es kommen aber auch Fälle vor, in denen enormer Speichelfluß die Krankheit begleitete. Verdauungsstörungen sind im Allgemeinen nicht häufig, nur daß die großen aufgenommenen Flüssigkeitsmengen gelegentlich etwas Magendrücken verursachen. Hier und da sind Flatulenz, Obstipation, Diarrhoen, von ernsteren Symptomen Anfälle von heftigem Erbrechen beschrieben worden. Die Polydipsie erreicht zuweilen fast unglaubliche Grade. Verf. unterscheidet hier zwei Formen von Polydipsie: die eine, welche aus einem realen Bedürfnis des Organismus nach Wasser

entspringt; die zweite, bei der das Durstgefühl central oder durch gewisse Signalapparate (besonders im Halse) provocirt wird. Bei dieser letzteren Form ist die Polyurie secundär. Für die bei Weitem meisten Fälle aber liegt ein Bedürfnis des Körpers nach Wasser vor, und die Polydipsie ist secundär; ob die Ausscheidungen enormer Flüssigkeitsmengen im Urin ein nervöser Vorgang, Folge einer Nierenaffection oder einer allgemeinen Stoffwechselstörung ist, jedenfalls verursacht sie erst den Durst; die Polyurie besteht, allerdings in geringem Grade, auch fort, wenn die Wasserzufuhr eingeschränkt wird, die Perspiration ist sehr herabgesetzt, was für Wasserverarmung des Körpers spricht. Lubowski.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

A. Fournier: **Blennorrhagie chez un garçon de quatre ans.** (Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 10. avril 1899. Ann. de derm. et de syph. 1899, 4.)

Die Gonorrhoe mit nachgewiesenen Gonokokken besteht seit mehreren Monaten. Die Ansteckungsquelle war ein 15jähriges Mädchen. Ueber den Modus der Infection wird nichts gesagt. Dreyer (Köln).

Dr. S. Kofmann (Odessa): **Zur Tamponade der Urethra.** (Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 19.)

Verf. beschreibt einen Fall von Blutung aus der Harnröhre, der ebenso in casuistischer Beziehung hochinteressant, wie in practischer Hinsicht von ganz besonderer Wichtigkeit ist. Der sonst kräftige, blühende, 19jährige junge Mann kam zum Verf. mit ganz verfallenen Zügen und konnte kaum sagen, daß ihm aus der Urethralöffnung seit mehr als einer Stunde Blut in starkem Strahl ohne Aufhören ströme. Verf. brachte den Patienten in horizontale Rückenlage, und nachdem er sich von der Richtigkeit der Angabe überzeugt hatte, fragte er nach Gonorrhoe, die der Kranke sofort gestand. Das Blut spritzte inzwischen in bleistiftdickem Strahl wie aus einer quer durchschnittenen Arterie stoßweise fort. Verf. nahm einen in Sol. alumin. acet. eingetauchten Gazestreifen, führte ihn mittelst langer Knopfsonde, so weit es nur möglich war, in die Urethra ein und stopfte dieselbe mit der Gaze fest aus. Danach legte er einen Druckverband um den Penis, empfahl dem Patienten Bettruhe und möglichste Unterdrückung der Harnentleerung, verordnete ihm Opium und verbot zu trinken. Am folgenden Tage erschien der Patient wieder, er sah besser, aber immer noch sehr angegriffen aus. Als der noch fest anliegende Verband abgenommen und der stark von Blut durchtränkte Tampon entfernt wurde, erfolgte eine ziemliche Blutung. Wiederholung der Tamponade und der Verordnung. Am nächsten Tage sollte der Patient wiederkommen. Er kam aber erst

nach $1^1/_2$ Monaten, und nun konnte Verf. die interessanten anamnetischen Daten aufnehmen.

Patient acquirirte etwa vor vier Jahren einen Tripper, an dem er über ein Jahr litt; danach hatte er einen weichen Schanker, dann abwechselnd wieder einen Tripper und einen Schanker und etwa vor einem Jahre zum dritten Male Tripper; dieser war besonders hartnäckig und wich trotz ärztlicher Behandlung nicht. Der Ausfluß war dieses Mal sehr reichlich, und dabei litt Patient unter starken Schmerzen, besonders beim Uriniren. Trotz der Krankheit cohabitirte der Patient mehrmals. Nachdem er während einer Cohabitation einen starken Schmerz empfunden, bemerkte er bald seine Wäsche ganz von Blut durchnäßt und sah, daß ihm aus der Harnröhre Blut tropfte. Seitdem wiederholte sich die Blutung oft, besonders nach Excessen in Baccho; die Blutung kam dann immer beim Uriniren, derartig, daß zuerst klarer Harn abging und dann Blut, bald tropfenweise, bald im Strahl ausfloß; stets war dieses Blut hell. Durch Zusammendrücken des Gliedes gelang es dem Patienten immer nach einer gewissen Zeit, die Blutung zum Stehen zu bringen; danach verspürte er wohl ein Juckgefühl und zog dann aus der Harnröhre ein Blutgerinnsel, das den völligen Abguß der Röhre darstellte, sofort aber folgte wieder eine Blutung. Am Tage, als Patient sich an Verf. gewandt hatte, hatte er einige Glas Thee und eine ziemliche Portion Branntwein eingenommen; beim Uriniren erfolgte nun die Blutung, die dieses Mal nicht zu stillen war und die Consultation beim Verf. veranlaßte. Am Tage nach der zweiten Tamponade hatte Patient den Verband und den Tampon selbst entfernt; diesem waren ein etwa 2—3 cm großer, dicker Blutklumpen und einige Tropfen flüssigen Blutes gefolgt. Seitdem blutete es nicht mehr, auch war der Tripperausfluß seit dieser Zeit ganz verschwunden. Der Patient fühlte sich indes so schwach, daß er zwei Wochen das Bett zu hüten genötigt war. Auf Grund dieser anamnestischen Angaben konnte mit Sicherheit angenommen werden, daß die Blutung aus der Harnröhre herstammte: wahrscheinlich hatte die Tripperaffection tief in der Harnröhre ein Gefäß geschädigt, das bei der strotzenden Füllung wegen der Erection zerrissen war. Lubowski.

Dr. Newmann: **Ueber die Behandlung der Harnröhrenstricturen mittelst Electrolyse.** (Annales d'électrobiologie 1899, Heft 1. Referirt nach Wratsch 1899, No. 16.)

Verf. betrachtet auf Grund zahlreicher Erfahrungen die Electrolyse als ein Mittel, mit dem man dauernde Heilung von Harnröhrenstricturen erzielen kann. Er verwendet dazu schwache Ströme (3—5 M.-A.), welche nur eine absorbirende, keineswegs aber eine ätzende Wirkung ausüben; als Electrode verwendet er besondere Metallbougies mit von ihm eigens dazu construirten Oliven verschiedener Größe. Die Bougies werden mit dem negativen Pol der Batterie verbunden und in die Harnröhre bis dicht an die Strictur eingeführt; die andere Electrode wird auf den Bauch oder auf die Oberschenkel gesetzt. Die Sitzungen dauern 5—20 Minuten und werden in siebentägigen Zwischenräumen wiederholt. M. L.

Dr. Julius Brandl: **Zur Protargolbehandlung der Urethritis blennorrhagica.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1899, No. 22.)

An der dermatologisch-syphilitischen Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden wurde das Protargol in weit über 100 Fällen von Tripper der männlichen Harnröhre angewandt. Es waren darunter:

1. Urethritis blennorrhagica anterior acuta. Abortivkuren wurden nicht versucht. Den Patienten wurden im acutesten Stadium Balsamica, reizlose Diät, Bettruhe verordnet. Dann, nach Ablauf der heftigsten Entzündungserscheinungen, wurde täglich dreimal eine Spritze einer ½proc. Protargollösung injicirt und die Flüssigkeit zehn Minuten lang in der Harnröhre belassen. Die meisten Patienten gaben an, daß sie die Flüssigkeit kaum spürten, manche erklärten, überhaupt nichts zu fühlen. In 3—4 Wochen schwanden Ausfluß und Kokken, so daß die Patienten geheilt entlassen werden konnten.

2. Urethritis blennorrhagica anterior chronica. Täglich dreimal Injectionen, im Anfange mit einer ½proc. ansteigend bis zu einer 2proc. Protargollösung. In der Regel schwanden Fäden und Gonokokken in 3—4 Wochen.

3. Urethritis blennorrhagica posterior chronica. Verf. behandelte bisher sechs derartige Fälle mit Einspritzungen von geringen Quantitäten einer 5—10proc. Protargollösung mittelst Guyon'schen Katheters. Im Anfange wurde (bei Spitalspatienten täglich, bei Ambulatoriumspatienten jeden zweiten Tag) 1 ccm einer 5proc. Protargollösung in die Pars posterior eingespritzt. Nach 4—5 Injectionen nahm Verf. eine stärkere Lösung u. s. w. Die stärksten verwendeten Lösungen waren 10proc. Außer leichtem Brennen, das in längstens fünf Minuten geschwunden war, wurde von dem Kranken keinerlei Beschwerde gegen die Injectionen vorgebracht. Nach 3—6wöchentlicher Behandlung waren die Patienten geheilt (des Morgens kein Ausfluß, auch in der zweiten Urinportion weder Fäden noch Kokken) und blieben recidivfrei.

Das Protargol bedeutet demnach eine wesentliche Bereicherung unserer Trippermittel und verdient namentlich dort besondere Beachtung, wo es sich um Anwendung concentrirter Lösungen bei empfindlichen Individuen handelt. Lubowski.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Perrin de la Touche: **Chancre syphilitique de la main.** (Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 10. avril 1899. Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 4.)

Es handelte sich um eine 19jährige Puella publica, die einen harten Schanker an der Basis des Zeigefingers mit Uebergang auf die zweite

Interdigitalfalte aufwies. Spontan sind keine Schmerzen vorhanden. Dagegen ruft die Palpation lebhafte, in die Hand und zum Handgelenk ausstrahlende Schmerzen hervor. Eine fast hühnereigroße Drüse befindet sich in der Cubitalbeuge, ein kleines Drüsenpacket außerdem in der Achsel. Unter Hg-Behandlung heilt der Schanker in zehn Tagen. Später traten Secundärerscheinungen an Haut und Schleimhäuten auf. Die Drüse in der Cubitalbeuge ist jetzt nach sieben Monaten mandelgroß. Die Kranke hatte an der Stelle des Schankers vorher eine Verletzung, die von einer Scabies herrührte. Sie wohnte mit einem Mädchen zusammen, das an Syphilis leidet und Plaques muqueuses der Vulva zu jener Zeit hatte.

Dreyer (Köln).

Hallopeau et Léri: **Sur un cas de condylomes acuminés massifs développés sur des syphilides végétantes et les dangers de la médication chromique.** (Soc. de derm. et de syph., séance du 10. avril 1899. Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 4.)

Syphilis im neunten Monat ihres Verlaufes. Die ganze Gegend zwischen den beiden Schenkelbeugen einerseits und zwischen Anus und Vulva andererseits ist mit spitzen Condylomen austapeziert, die zum größten Teile auf breiten Condylomen aufsitzen. Eine stark stinkende, eitrig-schleimige Flüssigkeit wird von dem Geschwulstcomplex secernirt und mischt sich mit dem aus der Harnröhre fließenden blennorrhagischen Eiter. Eine Behandlung kann nur mit der Curette erfolgen. Eine ausgedehnte Chromsäurebehandlung ist äußerst gefährlich; sie hat in einem Falle unter acutesten Erscheinungen innerhalb 24 Stunden zum Tode geführt. Bei vereinzelten spitzen Condylomen sind dagegen einige Sitzungen mit concentrirten Chromsäureätzungen das Verfahren der Wahl. Dreyer (Köln).

Faivre: **Psoriasis et syphilis.** (Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 10. avril 1899. Ann. de derm. et de syph. 1899, 4.)

Das keineswegs sehr seltene Zusammentreffen von Psoriasis und Syphilis erhält ein etwas erhöhtes Interesse im vorliegenden Fall dadurch, daß die eingeleitete Calomelbehandlung nach zehn Injectionen teilweise (an Kopf und Stirn) auch die Psoriasis zur Heilung gebracht hatte.

Dreyer (Köln).

Dr. Bruckmayer (Budapest): **Tarsitis luetica.** (Demonstration im Verein der Spitalsärzte zu Budapest. Ungarische med. Presse 1899, No. 14.)

Das untere Lid des rechten Auges ist vollkommen evertirt (Ectropium); die Conjunctiva ist stark gerötet, von speckigem Glanz, stellenweise weißlichgrau. Das ganze Lid ist beträchtlich verdickt, derb anzufühlen. Die Conjunctiva thränt stark. Die Conjunctiva des oberen Lides ist stark gerötet,

doch das Lid selbst normal. Am unteren Lid totale Madarose. An der Eichel neben einem Geschwür und am Scrotum Papeln, ebenso um den Mastdarm herum. Drüsen mäßig geschwellt. Nach der luetischen Kur genas der Patient fast ganz. Hervorzuheben ist, daß diese Tarsitis luetica im secundären Stadium zur Beobachtung kam. M. L.

Dr. Hültl: **Ueber die luetischen Erkrankungen der Schilddrüse.** (Pester medicinisch-chirurgische Presse 1899, No. 19.)

Verf. unterscheidet zwei Formen der luetischen Erkrankung der Schilddrüse: 1. Vergrößerung der Schilddrüse im Anschluß an floride Syphilis (Thyreoiditis parenchymatosa syphilitica); 2. Erkrankungen der Schilddrüse im Anschluß an tertiäre oder congenitale Syphilis. Nach ihrem Character unterscheidet er zwei, nicht scharf von einander abgrenzbare Arten der Erkrankung, und zwar: 1. Thyreoiditis interstitialis syphilitica; 2. Gumma glandulae thyreoideae, a) bei congenitaler Lues, b) bei acquirirter Lues. Der vom Verf. beobachtete Fall schließt sich letzteren an. Derselbe betrifft einen 58jährigen Patienten mit ungeheurer Struma, die zunächst als solche carcinomatösen Ursprungs gedeutet wurde. Bei Gelegenheit der am Patienten ausgeführten Tracheotomie wurde ein Gewebsstück excidirt, welches nun mikroskopisch untersucht wurde. Diese Untersuchung ließ Carcinom mit absoluter Sicherheit ausschließen, denn Epithelbildung war nirgends vorhanden. Hingegen sprach die reichliche Rundzelleninfiltration um kleine Gefäße und Capillaren für Lues. Trotzdem beim Patienten bei wiederholter genauer Untersuchung keine Anhaltspunkte gefunden werden konnten, verabreichte Verf. einzig und allein auf Grund obigen mikroskopischen Befundes Jodkali, worauf die Struma nach drei Monaten vollkommen verschwand und der somatische Zustand des Kranken sich besserte. Verf. ist geneigt, im vorliegenden Fall eine Thyreoiditis interstitialis syphilitica anzunehmen, welche sich im Anschluß an ein Gumma entwickelte. Nach einem Monat wurde der im befriedigenden Zustand entlassene Patient wieder aufgenommen mit einer kindfaustgroßen, sehr harten, scharf contourirten, mit dem Muskel fest verwachsenen Geschwulst an der rechten Seite des Halses, entsprechend dem Kopfnicker. Nach dreiwöchentlichem Jodkaligebrauch verschwand die Geschwulst am Halse vollständig. M. L.

Dr. Grosglik (Lodz): **Ein Fall von frühzeitiger tertiärer Syphilis.** (Monatshefte für practische Dermatologie 1899, No. 8.)

Der 45 Jahre alte Patient gab Folgendes an: Vor $1^1/_2$ Jahren bekam er einen harten Schanker am Sulcus coronarius glandis; nach vier Wochen trat Roseola und Angina syphilitica auf. Recidive waren häufig; bald in papulöser Form an der Haut, bald als Condylomata lata ad anum, Alopecia diffusa; er war fast ein ganzes Jahr in Behandlung: er bekam 60 tiefe Injectionen (womit weiß Patient nicht anzugeben) und 60 Frictionen mit grauer Salbe (wie der Kranke behauptet, mit je 4,0); in den Intervallen

bekam er Jodkalium. Vor fünf Monaten bemerkte Patient, daß sein linkes Kniegelenk anschwoll; gleichzeitig wurde es schmerzhaft und die Bewegungen wurden erschwert; es stellten sich auch Schlaflosigkeit und häufige Kopfschmerzen ein, die besonders am Abend und in der Nacht auftraten. Vor drei Monaten bemerkte Patient eine Anschwellung des linken Hodens und eine Vergrößerung der linken Hälfte des Scrotums: all' dies ging langsam, aber crescendo von Statten. Vor einigen Wochen fügten sich Schmerzen im linken Ellenbogen- und im rechten Schultergelenk hinzu. Patient hat nie Tripper gehabt. In Verbindung mit dieser Anamnese ergab die klinische Untersuchung des Patienten die Möglichkeit, folgende Diagnose zu stellen: Osteoperiostitis syphilitica simplex et gummosa epiphysum superiorum tibiae sinistrae, Gonitis syphilitica chronica sinistra, Arthropathia syphilitica incipiens cubiti sinistri et articulationis humeri dextri, Sarco- et Hydrocele syphilitica sinistra simplex et gummosa. Der Erfolg der Therapie bestätigte vollständig diese auf dem Symptomcomplex basirte Diagnose. Schon nach zehn Tagen der specifischen Behandlung trat eine so große Veränderung ein, daß der Kranke im ersten Augenblick kaum zu erkennen war: die psychische Depression war verschwunden, das Gemüt gehoben, der Schlaf gut, keine Kopfschmerzen mehr, der Gang war fast normal. Die Schmerzen im linken Ellenbogengelenk waren vollständig verschwunden, im rechten Schultergelenk waren sie minimal. Das linke Kniegelenk war kleiner, fast schmerzlos, die Conturen dem normalen Gelenk ähnlicher, die Consistenz der Haut noch wie früher teigig; die Verdickungen der Epiphysen der Tibia kleiner, die Bewegungen des Gelenkes normal. Die Hydrocele ist kleiner geworden, die Sarcocele statu quo ante. Erst am 20. Tage der Behandlung konnte Verf. die Verkleinerung der Sarcocele constatiren. Der weitere Verlauf bot nichts Besonderes. Der oben beschriebene Fall ist nach mehrfacher Hinsicht bemerkenswert. Erstens traten die tertiären Erscheinungen sehr früh, in einem Zeitpunkt auf, wo man bei rationeller Therapie gewöhnlich das erste Recidiv der secundären Erscheinungen erwartet. Zweitens ist ihre Entstehung von Interesse. Einige Syphilidologen, darunter auch Kaposi, behaupten, daß, wenn die specifische Therapie vor Ausbruch der ersten constitutionellen Erscheinungen, oder wenn auch rechtzeitig aber ungenügend angewendet wurde, dann gewöhnlich schon sehr früh Knochenerkrankungen, wie auch überhaupt schwere Syphilissymptome auftreten. Demgegenüber zeigt vorliegende Beobachtung, daß in gewissen Fällen auch eine energische und zeitgemäße Behandlung nicht im Stande sei, das frühzeitige Auftreten von tertiären Erscheinungen zu verhindern. Wovon dies abhängt, ist schwer und vielleicht unmöglich zu beantworten. Vielleicht spielt hier die „Widerstandsfähigkeit" des befallenen Organismus eine gewisse Rolle. Außerdem glaubt Verf., daß der Grad der Bösartigkeit der syphilitischen Erscheinungen doch auch von der größeren und kleineren Rapidität, mit der sich die uns noch unbekannten syphilitischen Mikroorganismen vermehren, abhängen könnte; oder schließlich, daß hier die Natur des Mikroorganismus selbst von Einfluß sei, d h., daß es verschiedene,

bald mehr oder weniger gefährliche Varietäten desselben geben könnte, die das eine Mal leichtere, das andere Mal schwerere Erscheinungen hervorrufen. M. L.

Edmond Fournier: **Hérédo-syphilis et ichtyose.** (Soc. franç. de derm. et de syphil., séance du 10. avril 1899. Annal. de derm. et de syphil. 1899, 4.)

Die 22jährige Kranke leidet außer an einigen Entwicklungsstörungen und Hutchinson'scher Trias an Ichthyosis. Der Fall reiht sich als der zehnte den bereits bekannten an, um die Abhängigkeit gewisser Ichthyosisfälle von hereditärer Syphilis zu beweisen. Die Ichthyosis ist ein Degenerationszeichen, und F. führt einen Fall an, in dem der Vater an alkoholischer Lebercirrhose gestorben ist.

Die vorgestellte Kranke hatte vor einem Monat in der Mitte der linken Lunge einen Herd mit Bronchialatmen, Knisterrasseln, Bronchophonie, etwas Seitenstechen und Dyspnoe gehabt. Dagegen keine Allgemeinsymptome. Der Herd ist unter specifischer Behandlung abgeheilt. Dreyer (Köln).

Jullien et Thuvien: **Contribution à l'étude de la réinfection chez les hérédo-syphilitiques.** (Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 10. avril 1899. Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 4.)

Der hereditär-luetische Kranke litt an einem vollkommenen Mangel der Nägel, ein Symptom, das bisher noch nicht festgestellt ist. Außerdem war er Bluter, und starke Nasenblutungen hatten ihn mehr als einmal an den Rand des Grabes gebracht Als er im Alter von 22 Jahren einen harten Schanker erwarb, traten schwere Allgemeinsymptome, äußerste Macies und papulo-pustulöses Exanthem auf. Eine Hg-Behandlung führte sofort zu Stomatitis und Zahnfleischblutungen. Ein roborirendes Verfahren konnte nicht zu Ende geführt werden, da eine Pneumonie in 36 Stunden den Exitus letalis herbeiführte. Dreyer (Köln).

Dr. Akazatow: **Ueber die Behandlung der Syphilis nach der Prochorow'schen Methode.** (Wratsch 1899, No. 18.)

Die Prochorow'sche Methode besteht in Folgendem: Am Tage der Injection werden die Patienten auf einer genauen Waage gewogen. Die Injectionen werden zwei Fingerbreiten hinter dem Trochanter ausgeführt, die Injectionsstelle wird zuvor sorgfältig mittelst Bürste und Seife, dann mit Benzin und Formalin (1 : 1000) gewaschen. Ist die Haut sehr verunreinigt, so wird die Injectionsstelle nach dieser Procedur mit Jodtinctur bestrichen und nach fünf Minuten mit Salmiak abgewaschen. Die Injectionsflüssigkeit wird in der Weise hergestellt, daß in derselben auf jedes Kilo

Körpergewicht des Patienten je 0,003 g Hydrargyrum bijodatum und 0,006 g Jodkalium pro Gramm Wasser enthalten sind. Die für einen 50 Ko. wiegenden Patienten hergestellte Injectionsflüssigkeit würde somit folgende Lösung darstellen: Hydrargyrum bijodatum 0,15, Kali jodatum 0,3, Wasser 1,0. Die Injectionsspritze ist eine gewöhnliche Grammspritze. Vor dem Gebrauch werden Lösung, Spritze und Nadel durch Kochen desinficirt. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Injection empfinden fast sämtliche Patienten einen mehr oder minder bedeutenden Schmerz, der in seltenen Fällen selbst drei Tage anhält. Trotzdem Verf. weit über 500 Injectionen gemacht hat, hat er niemals eine Abscedirung der Injectionsstelle beobachtet. Ebenso klagten die Patienten, abgesehen von den Schmerzen an der Injectionsstelle, niemals über irgend welche lästige Empfindungen trotz der ungeheuren Menge des verbrauchten Quecksilberbijodats. Salivation, Stomatitis sind nicht aufgetreten, trotzdem keine prophylactischen Spülungen der Mundhöhle verordnet wurden.

Was die Wirkung dieser Behandlungsmethode betrifft, so verschwanden sämtliche Symptome nach der dritten oder vierten Injection vollkommen; selbst hartnäckige Fälle, welche den von anderer Seite angewandten Quecksilbereinreibungen trotzten, wurden bisweilen schon nach 2—3 Injectionen der Prochorow'schen Methode gebessert. Verf hat in der geschilderten Weise über 100 Fälle behandelt, darunter mehrere Kinder über 11 Jahre, und durchweg günstige Erfolge gehabt. Ein Recidiv ist nur in einem einzigen Fall aufgetreten. Li.

Alfred Lanz: **Le traitement de la stomatite mercurielle.** (Ann. de derm. et de syphil. 1899, No. 4.)

Schwache, anämische Leute, schwangere Frauen und überhaupt Diejenigen, die noch niemals eine Quecksilberkur durchgemacht haben, müssen vorsichtig mit Hg behandelt werden. Denn es giebt sehr starke Idiosynkrasien gegen das Medicament. Bei einem siebenjährigen Kinde brach nach einer Calomelinsufflation in's Auge eine typische Stomatitis aus. Ebenso muß man bei Krankheiten der Ausscheidungsorgane, also namentlich der Nieren, aber auch des Darms, vorsichtig sein. Eine richtige Hautpflege ist aus demselben Grunde unerläßlich. Da diejenigen Teile des Mundes, die zum Kauen nicht benutzt werden, zuerst erkranken, so muß die Kauthätigkeit möglichst erhalten werden. Cariöse Zähne werden demnach ausgezogen oder plombirt, Zahnwurzeln entfernt u. s. w. Die Reinigung der Zähne in horizontaler und verticaler Richtung mit einem Zahnpulver und einer nicht zu harten Bürste soll Abends und Morgens vorgenommen werden. Als Zahnpulver soll man nicht die früher gebräuchliche Kohle verwenden, die schwer zu beseitigende Färbungen hinterläßt, sondern lieber das von Penzoldt empfohlene englische Pulver, das aus neun Teilen Creta praecipitata und einem Teil Campher besteht. Besser als Zahnpulver sind Zahnseifen. Verf. gebraucht eine aus Seife, Glycerin, Kreide und Magnesia zusammengesetzte. Kraus empfiehlt folgende Seife:

Magnes. carbon.
Pulv. irid. florent.
Talc.
Sapon. medicin. . . . . āā 5,0
Essent. Menth. pip. . . . . gtt. X
Mucil. gumm. arab. qu. sat.

Frohmann gebraucht folgende Zusammensetzung:

Thymol 0,25
Extract. Ratanh. 1,0
Glycerin 6,0
Magnes. calcin. 0,5
Natr. biborac. 4,0
Sapon. medicin. . . . . ad 30,0
Essent. Menth. pip. 1,0

Unna hat, auf die Versuche Miller's gestützt, Kalium chloricum zum Zähnereinigen empfohlen, und mit Mikulicz und Kümmel verwendet Verfasser folgende Kalichloricumpasta:

Kal. chloric. 20,0
Sapon. medicin. 10,0
Calc. carbon. 20,0
Essent. Menth. pip. . . . . gtt. XV
Glycerin qu. sat.

Gurgeln mit antiseptischen Wässern ist häufig angezeigt. Das hierzu gebrauchte Kalium chloricum ist weniger wirksam als andere Heilmittel. In der Krankenhauspraxis verwendet Lanz Aluminium aceticum (1—2 Theelöffel des Liquors auf ein Glas Wasser) und zum Bepinseln des Zahnfleisches:

Tct. Gall.
Tct. Ratanh. . . . . āā 12,0
Resorcin 3,0
Menthol 0,25

In der Privatpraxis gebraucht L. das von Pick angegebene:

Menthol 1,0
Tinct. Ratanhiae
Alcohol. rectificat. . . . . āā 50,0
DS. $^1/_2$ Theelöffel auf ein Glas Wasser.

Ortner empfiehlt:

Menthol 3,0
Tct. quinquin.
Tct. eucalypti . . . . . āā 15,0
Tct. guaiac. 20,0
Tct. vanill. 2,0
Alcohol. absol. 100,0
MDS. Ein Theelöffel voll auf $^1/_2$ Glas Wasser.

Wenn trotz alledem die Stomatitis mercurialis sich weiter entwickelt, so muß das Quecksilber ausgesetzt werden. Man verordnet ein Decoctum

Zittmanni fortius und heiße Wannenbäder, Schwefelbäder, Dampfkastenbäder, russische Bäder, römisch-irische Bäder, von denen namentlich letztere sehr wirksam sind. Gay macht mit Erfolg subcutane Injectionen mit Pilocarpin. Der innerliche Gebrauch von Kalium chloricum ist wohl seiner Gefahren wie seiner Nutzlosigkeit wegen verlassen. Das als Mundwasser beliebte Kalium hypermanganicum ist ausgezeichnet durch seine unangenehme Färbekraft, seinen üblen Geschmack und seine geringe Wirkung. Besser sind Sublimat (1,0 : 4000,0) und vornehmlich das weder giftige noch reizende Wasserstoffsuperoxyd (2 : 100). Wenn schmerzhafte Geschwüre das Mundspülen nicht erlauben, so wird die Flüssigkeit aus einem Irrigator oder einer Spritze eingeleitet. Bei sehr großen und zahlreichen Geschwüren wird Jodoform in Pulverform oder in ätherischer Lösung gebraucht. Auch legt man nach Mikulicz und Kümmel Jodoformgaze tamponirend zwischen Zahnfleisch und Wange. Pinselungen mit Acidum hydrobromicum und Argentum nitricum sind schmerzhaft und haben dem Verf. keine guten Resultate ergeben. Er enthält sich mangels genügender Erfahrung eines Urteils über die Chromsäure. Der Speichelfluß bedarf keiner besonderen Behandlung, da er von selbst mit der Stomatitis verschwindet. Die Schmerzhaftigkeit der Ulcerationen kann durch Orthoform gelindert werden

Dreyer (Köln).

Dr. Manfanowski: **Die Behandlung des weichen Schankers mittelst Vaporisation.** (Wratsch 1899, No. 12.)

Die von Verf. angewandte Behandlungsmethode bestand in Anwendung von hoher Temperatur nicht auf Entfernung, sondern direct auf das Geschwür, und zwar mittelst des Dampfapparates von Prof. Snegirew, der von demselben zur Stillung von parenchymatösen Blutungen vorgeschlagen wurde. Der bezeichnete Apparat läßt einen Dampf ausströmen, der an der Oeffnung des Ansatzrohres eine Temperatur von 100° C. hat. Bei Behandlung des Schankers ist jedoch eine so hohe Temperatur überflüssig, weil der Infectionsstoff desselben nicht besonders widerstandsfähig ist. Verf. ließ in Folge dessen den Dampf auf Entfernung von 4—8 cm auf das Geschwür einwirken. Vor der Vaporisation wird das Geschwür mit 2proc. Borsäure gewaschen und mit Watte getrocknet. Um überflüssige Verbrennungen zu vermeiden, bedeckt man die Umgebung des Geschwürs mit Gaze. Empfindet der Patient heftiges Brennen, so wird die Entfernung zwischen Ansatzrohr und Geschwürsoberfläche allmählich vergrößert, bis die Wirkung des Dampfes erträglich wird. Die Sitzung dauert durchschnittlich 3—10 Minuten. Nach 1—2 Minuten beginnen Boden und Ränder des Geschwürs abzublassen, sich gleichsam mit Belag zu bedecken und werden schließlich rosafarben; nach 3—4 Sitzungen beginnt das Geschwür zu bluten und gutartiges Aussehen anzunehmen. Vollständige Heilung wurde nach 10—15 Sitzungen erzielt. Fälle von Autointoxication sind nach Beginn der Vaporisation nicht vorgekommen.

Im Ganzen hat Verf. bis jetzt mit dieser Methode 89 Fälle von weichem

Schanker behandelt, davon waren 20 mit Bubonen complicirt. Die Resultate waren durchweg sehr gute. Die Behandlungsdauer war um die Hälfte geringer, als bei den übrigen Behandlungsmethoden. Li.

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Hughes: **Der Bulbo-cavernosus-Reflex.** (The Alienist and Neurologist, Januar 1898.)

Onanoff und Hughes veröffentlichten 1890 unabhängig von einander Beobachtungen über den Reflexus virilis oder ischio-bulbo-cavernosus, welcher durch eine Reizung der dorsalen Eichelfläche entsteht. Bei Störungen der Genitalfunctionen zeigt das Vorhandensein des Reflexes den dynamischen Ursprung der Störung an und gestattet eine gute Diagnose, während das Fehlen des Reflexes ein Zeichen organischer Läsion und schlechter Prognose ist. Nach neueren Untersuchungen wird der Reflex am besten ausgelöst, wenn der Arzt mit dem gerade ausgestreckt liegenden Patienten eine Unterhaltung über ein fernliegendes Thema führt und währenddessen an dem mit Daumen und Zeigefinger im Niveau des Meatus urethrae gefaßten Präputium zieht und dasselbe stark verlängert; hierdurch wird der Reflex entweder normaler Weise hervorgerufen oder ist anormal stark oder erfolgt gar nicht, je nachdem die Virilität des Kranken normal, abnorm gesteigert ist oder fehlt (d. h. die Folge einer Erkrankung des genito-spinalen Centrums oder des Alters ist).

Die Auffindung des Reflexes erfordert eine gewisse Uebung, da er häufiger gefühlt, als gesehen wird. Bei Fragen der Notzucht, der Vaterschaft, der geschlechtlichen Capacität kann er von Wert für die Beurteilung der Sachlage sein. Mankiewicz.

Grünfeld: **Ueber chronische Cavernitis.** (Sitzungsberichte der k. k. Gesellch. der Aerzte in Wien. Wiener medicin. Blätter 1899, No. 20.)

G. führte einen Patienten mit chronischer Cavernitis vor. Bei demselben bildete sich vor ungefähr einem halben Jahre im Schafte des Penis ein kleiner, harter Tumor, welcher allmählich wuchs; gegenwärtig ist der Penis auf 50 mm im Durchmesser verdickt; die harte, schmerzlose Schwellung betrifft die Corpora cavernosa, welche bei der Erection noch etwas an Volumen zunehmen. Der Fall ist durch die große Ausdehnung, die schnelle Entwicklung des Processes und das Bestehen von Drüsenschwellungen in der Leistengegend bemerkenswert. Derartige Affectionen können vollständig zurückgehen. Immerwahr (Berlin).

Hutchinson (London): **Ueber das Epitheliom des Penis und seine Behandlung.** (The Lancet, 22. April 1899.)

Penisepitheliome sind seltene Affectionen. Diese Seltenheit verursacht mancherlei diagnostische Irrtümer, wodurch häufig die Zeit zu einer erfolgreichen Operation versäumt wird. Am häufigsten sind Verwechselungen mit syphilitischen Affectionen. Das Epitheliom des Penis ist wie das der Zunge eine reine Carcinomform; Metastasen sind sehr selten. Im Gegensatz zum Sarcom bleibt das Carcinom meist auf den vordersten Teil des Penis beschränkt. Es tritt in zwei Formen auf, entweder als flaches Ulcus innerhalb der Urethra, oder als Blumenkohlgewächs. Das Penisepitheliom ist meist mit Phimose combinirt, unterhalb welcher ein blutig gefärbtes Secret vorhanden ist. Das Epitheliom besitzt im Gegensatz zum Ulcus durum die Neigung, durch das Präputium hindurch zu exulceriren. Sonst jedoch macht das Epitheliom oft ganz den Eindruck eines Ulcus durum, und ist die Differentialdiagnose häufig nur bei weiterer Beobachtung — an dem Eintritt oder Ausbleiben der Secundärerscheinungen — zu stellen möglich. Das Alter des Kranken bietet nur einen beschränkten Anhalt, da Epitheliome bei 30jährigen und harte Schanker bei 70jährigen Männern beobachtet worden sind. Auch die Differentialdiagnose zwischen Epitheliom und Gumma ist oft sehr schwer. Characteristisch für das Epitheliom ist, daß sich dieses auf die Urethra erst sehr spät und auf die Corpora cavernosa meist überhaupt nicht ausdehnt. Was die Ursache des Penisepithelioms anbetrifft, so ist es sehr wahrscheinlich die Folge einer Irritation seitens des verengten Präputiums. Man soll daher bei allen Kindern mit verdickter Vorhaut die Circumcision ausführen. Bei den Juden ist das Penisepitheliom sehr selten. Ein Genitalcarcinom der Ehefrau und die Syphilis spielen keine ätiologische Rolle. Therapeutisch ist die Thiersch-Gould'sche Radicaloperation (Entfernung des ganzen Penis mit dem Scrotum) als gefährlich und unnötig zu verwerfen. Man soll stets noch einen Penisstumpf zurücklassen. H. empfiehlt als die beste Methode die Bildung eines dorsalen Lappens. Je frühzeitiger die Operation vorgenommen wird, desto besser ist das Endresultat. Man soll die Diagnose zu stellen suchen, noch bevor die Lymphdrüsen afficirt sind. Oft giebt schon die mikroskopische Untersuchung des Secrets Aufschluß. Event. soll man behufs Stellung der Diagnose das Präputium spalten.

Loewenthal.

Alfred Fournier: **Trois cas de „verge noire" par éruption d'antipyrine.** (Soc. de derm. et de syph., séance du 10. avril 1899. Ann. de derm. et de syph. 1899, 4.)

Die Affection ist trotz ihrer Seltenheit, und obwohl sie eine reine Dermatose vorstellt, doch auch von venerologischem Interesse durch ihre Localisation. Denn alle von ihr befallenen Patienten gerieten durch den Anblick in höchsten Schrecken und glaubten, an einer Gangrän des Gliedes oder an einer sehr schweren venerischen Krankheit zu leiden. Man sieht

dunkle Flecke von Bleistiftfarbe oder auch mehr schwarz von unregelmäßiger Form und Begrenzung und ungleicher Größe. Keine Ecchymosen. Am Körper fanden sich nur ganz vereinzelte Flecke derselben Beschaffenheit (das eine Mal zwei, das andere Mal drei). Am Tage, an dem die Flecken entstanden, hatten die Patienten Antipyrin genommen, und zwar der eine zum ersten Male, ein anderer gebrauchte das Medicament gewohnheitsmäßig, ohne sonst je Nachteile dadurch gesehen zu haben. Dem Auftreten der Flecken geht ein geringes Jucken voraus. Mit den Flecken kann eine beträchtliche Schwellung des Gliedes und der Vorhaut mit folgender Phimose verbunden sein, so daß bei mangelndem Ausfluß eine heftige Balanoposthitis vorgetäuscht wird. Ueber die Dauer der Eruption ließ sich nichts Sicheres feststellen. Doch haben in einem Falle „diese verfluchten schwarzen Flecke" den Patienten „gegenüber seiner Maitresse wenigstens mehrere Wochen sehr genirt." Dreyer (Köln).

Dr. F. Schenk und Dr. L. Austerlitz (Prag): **Ueber den Bacteriengehalt der normalen weiblichen Urethra.** (Prager med. Wochenschrift 1899, No. 14.)

Die Verfasser gingen bei ihren Untersuchungen in der Weise vor, daß sie zunächst mit einem nicht zu feuchten Wattebäuschchen, das in Sublimatlösung (1 : 1000) getaucht war, die Umgebung der Urethralmündung reinigten und hierauf ein am unteren Ende mit Watte umwickeltes Holzstäbchen in eine gleiche Sublimatlösung eintauchten, sorgfältig ausdrückten und hierauf $^1/_2$ cm weit in die Urethra einführten und damit den Anfangsteil derselben gründlich abrieben. Hierauf gingen sie mit einer Impfnadel $1^1/_2$ bis 2 cm tief ein und entnahmen von da das auszusäende Material. Bei diesem Verfahren wurde sowohl die weitere Umgebung der Urethralöffnung, als auch der unmittelbar an das Vestibulum grenzende Abschnitt der Harnröhre gründlich gereinigt; die Keime, die durch das Abreiben mit dem Wattebäuschchen event. an die Urethralmündung und vielleicht sogar in den untersten Teil der Harnröhre verschleppt wurden, wurden durch das Auswischen mittelst des mit Watte umwickelten Stäbchens von da gründlich entfernt. Auf diese Weise wurden nun insgesamt 60 Fälle untersucht, wobei als Nährboden schwach alkalische Bouillon, $1^1/_2$ pCt. schwach alkalisches Agar-Agar, $1^1/_2$ pCt. schwach alkalisch reagirendes Agar-Agar, welches 1 pCt. Traubenzucker enthielt und 10 pCt. schwach alkalische Gelatine dienten.

Die Resultate, die die Verfasser aus ihren Untersuchungen gewonnen haben, sind wesentlich andere, als die von Rovsing und Gawronsky und lauten dahin, daß die normale weibliche Urethra in mehr als der Hälfte der Fälle überhaupt keimfrei ist; die in den übrigen Fällen vorkommenden Keime sind Saprophyten verschiedener Art, die aus dem Vestibulum dorthin gelangt sind; pathogene Mikroorganismen findet man in der normalen weiblichen Urethra nur in den seltensten Fällen. Lubowski.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Eugen Roth (Budapest): **Zur Bottini'schen Operation bei Prostatahypertrophie.** (Pester medicinisch-chirurgische Presse 1899, No. 19—21.)

Verf. unterzieht die Bottini'sche Operation der Prostatahypertrophie auf Grund der schon ziemlich angewachsenen Litteratur derselben, wie auch auf Grund seiner eigenen Erfahrungen einer kritischen Beleuchtung. Da die meisten wichtigeren Arbeiten über die Bottini'sche Behandlungsmethode an dieser Stelle seiner Zeit besprochen worden sind, so greifen wir aus der vorliegenden Arbeit nur die eigenen Erfahrungen des Verf.'s heraus, um so mehr, als sie in einem Punkte etwas Neues darbieten. Der erste Fall des Verf.'s ist folgender:

Der 67 Jahre alte, seit $1^1/_2$ Jahren an completer Harnverhaltung in Folge Prostatahypertrophie leidende, mittelstarke, ziemlich gut genährte Patient, der an eine Genesung nicht mehr glauben will, wünscht aus freien Stücken als letztes Mittel einen operativen Eingriff. Der Kranke katheterisirte sich dreimal täglich, wobei er stets einen Residualharn von 400 bis 600 ccm entleerte. Prostata in der Größe eines Apfels, ziemlich hart und empfindlich. Der Harn schwach sauer, zeigt nur Spuren von Eiweiß, keinen Zucker. Unter dem Mikroskop keine geformten Elemente pathologischer Natur nachweisbar; Detrusorenkraft gut. Unter Cocainanästhesie führte Verf. die Bottini'sche Diärese aus (die Füllung des Accumulators hatte er, durch eine unangenehme Erfahrung belehrt, dieses Mal persönlich überwacht). Von der Erwägung ausgehend, daß man den kurzen obstruirten Schlauch, wie ihn hier die Pars prostatica vorstellte, am besten auf die Weise erweitert, wenn man drei Einkerbungen nach den distalsten Richtungen anlegen würde, machte Verf. drei Incisionen, und zwar eine nach oben, die zweite nach links unten, die dritte nach rechts unten, so zwar, daß die drei Schnitte, mit einander verbunden gedacht, ein gleichschenkliges Dreieck bildeten. Keine Blutung, keine irgendwie nennenswerte Schmerzäußerung des Patienten. Unmittelbar nach der Operation entleerte der Kranke 80 ccm der eingespritzten Lösung, und, zu Bett gebracht, entleerte er unter mäßigem Tenesmus in Blase und Rectum in den nächsten 24 Stunden in ca. 30 Mictionen 750 ccm, am nächsten Tage 900 ccm, am sechsten Tage 1400 ccm, während der Residualharn nur noch 130 ccm war. Die spontanen Entleerungen nahmen an Quantität des Harnes successive zu, die Residualharnmenge ab, so daß Patient nach vollkommen fieberlosem Verlauf am 16. Tage nach der Operation bereits ambulatorisch behandelt wurde und blos einen Residualharn von 60 ccm zeigte. Der nun saure Harn war klar und eiweißfrei. Nach einem Monat ließen sich aus der Blase des Patienten kaum noch 10 ccm Residualharn entleeren.

Der mitgeteilte Fall ist also zweifellos dazu angethan, die Bottini'sche Diärese zu einer Radicaloperation par excellence zu stempeln, wenn als Kriterium der Radicaloperation die Behebung der durch die Prostatahypertrophie hervorgerufenen Harnretention und die Herstellung der vollgiltigen Function der Blase anzusehen ist.

Seit Freudenberg, der für die Anwendung der Bottini'schen Operation auch bei incompleter Retention eintrat, ist jene vielfach auch hier geübt worden, und wenn ihr auch nur in den wenigsten Fällen ein so voller Erfolg wie bei completer Retention beschieden ist, so läßt sich doch auch dieser Indication nicht jede Berechtigung absprechen, insofern der Kranke in vorausgegangenen anderen Operationen oder Manipulationen Heilung oder mindestens Linderung seines Zustandes nicht gefunden hat. Ja sogar in Fällen, wo die Contractionsfähigkeit des Detrusors eingebüßt erscheint, wird man in die Lage kommen können, sofern man sich von der durch die Prostatahypertrophie hervorgerufenen Obturation in der Pars prostatica überzeugt hat, die Operation auszuführen. Als Illustration dazu teilt Verf. folgenden Fall eigener Beobachtung mit: Der 52 Jahre alte Patient klagt, daß er „nur sehr wenig selbst uriniren könne", während er mit dem Katheter, den er seit zwei Jahren täglich zweimal einführt, stets 500—700 ccm Harn entleert, manchmal steige diese Menge noch höher, während er gleichzeitig, durch „Brennen in der Harnröhre" aufgefordert, mehrmals im Tage kleine Portionen durch „Pressen" hervorbringt. Er sei auch zu einer Operation entschlossen, wenn er hoffen kann, wieder einmal ohne Katheter leben zu können. Aus seinen weiteren anamnestischen Angaben ist zu entnehmen, daß der Kranke in den letzten Monaten in einzelnen Intervallen Schüttelfröste mit in die Nierengegend hinziehenden Schmerzen unter hohem Fieber mit Schweißausbruch überstanden habe, so oft der Katheterismus nicht glatt ging. Die Untersuchung ergab Hypertrophia prostatae, Diverticulum congenit., Cystopyelitis. An einem der nächsten Tage gelingt dem Patienten (nach ungewohnter längerer Anstrengung im Treppensteigen) der abendliche Katheterismus nicht. Der hinzugerufene Verf. findet eine solche Obstruction, daß er jeden Versuch mit mittelharten Instrumenten aufgeben und zum Thomson'schen Metallkatheter greifen mußte. Mit diesem überwindet er die schwierige Passage, gleichwohl bekommt Patient in selbiger Nacht Schüttelfrost, hohe Fieberexacerbation von 39,9 mit Schweißausbruch — ein Bild jener oben erwähnten Attaken. Am nächsten Tage legt Verf. dem Kranken einen Verweilkatheter ein, was natürlich nur mit Anwendung des Katheterspanners geht, und läßt jenen systematisch stets so lange liegen, bis sich Zeichen mechanischer Urethritis einstellen. Auf diese Weise gelingt es, durch Verabreichung von Salol, Salophen, Urotropin und fleißige locale Behandlung der Blase den Harn in Bälde weniger getrübt und sauer zu bekommen, während Albumen von 1‰ auf $^1/_4$‰ gesunken war. Nachdem Patient noch weitere vier Wochen unter gleicher Behandlung gestanden und ein geradezu blühendes Aussehen bekommen, entschloß sich Verf., da sich indessen der Harn noch bedeutend gebessert hatte, zur Ausführung

der Bottini'schen Operation. Mit dem Botttini-Freudenberg'schen Incisor führte Verf. unter Cocainanästhesie bei gefüllter Blase drei Schnitte, und zwar den ersten nach unten in der Mittellinie 3 cm lang, nach links und rechts nach vorn convergirend je einen Schnitt von $2^1/_2$ cm, so zwar, daß die beiden letzteren Incisionen in den ersteren münden mußten. Der letzte Schnitt, der mit ungenügender Glühhitze des Messers ausgeführt werden mußte, verursachte eine geringe Blutung. Der Versuch, den Patienten selbstständig uriniren zu lassen, fällt negativ aus; Verf legt deshalb einen Verweilkatheter ein: viertägiger fieberhafter Verlauf. Harn am zehnten Tage (Abfallen der Schorfe) etwas blutig, 24stündige Harnmenge im Durchschnitt 1900 ccm. Am 12. Tage verließ der Patient das Sanatorium. Am 13. Tage nach der Operation katheterisirt sich Patient bereits selbst, doch geht jetzt der Katheterismus spielend leicht, der Katheter fällt sozusagen in die Blase hinein. Residualharnmenge die gleiche wie vor der Operation. In weiterer zweiwöchentlicher ambulatorischer Behandlung gelingt es weder durch thermische noch electrische Reize, den Detrusor auch nur zur geringsten Function zu erwecken, und der Kranke wurde daher quoad functionem ungeheilt in seine Heimat entlassen mit der Weisung, den Katheter fünfmal täglich zu gebrauchen und dreimal Waschungen der Blase anzuschließen. Die häufigen Congestionen der Prostata und die in Folge derselben eintretende Undurchführbarkeit des Katheterismus von Seiten des Kranken bei dem gleichzeitigen, durch örtliche Verhältnisse bedingten gänzlichen Mangel kunstgerechter Hilfe haben in diesem speciellen Fall quasi eine Indicatio vitalis zur Ausführung der Operation, um wenigstens dem für die Erhaltung des Lebens des Individuums notwendigen Katheterismus freie Bahnen zu eröffnen, da ja eine Herstellung der Blasenfunction von vornherein illusorisch war. Es hat also auch in diesem Falle die Bottini'sche Operation etwas geleistet, was kein anderer chirurgischer Eingriff so rasch und ohne alle Folgen im Stande gewesen wäre.

Bezüglich der Indicationen nimmt Verf. eine conservative Stellung ein und construirt daher dieselben folgendermaßen:

1. Die Operation ist geboten bei chronischer completer Harnverhaltung mit vorhandener Detrusorenkraft: in allen Fällen, wo die Hypertrophie mit unserem Instrumentarium noch zu beherrschen ist. Dieser scheinbar überflüssige Zusatz ist deshalb wichtig, weil die Fälle nicht selten sind, wo bei vorhandener allgemeiner Hypertrophie ein Mittellappen derart auswächst, daß er als mäßiger Tumor in die Blase hoch hineinragt. In einem solchen Fall wird es natürlich nur auf die Weise möglich sein, Herr der Situation zu bleiben, wenn man nach vorausgeschickter Sectio alta den vorhandenen Tumor mit der thermogalvanischen Schlinge abträgt und gleichfalls unter der Controle des Auges zur Behebung der Obturation in der Pars prostatica die Bottini'schen Incisionen anschließt. Auch bei der so häufigen Complication der Prostatahypertrophie mit Lithiasis wird man, insofern eine Litholapaxie nicht leicht durchführbar ist, das Bottini'sche Verfahren mit der Epicystotomie verbinden.

2. Die Operation ist zulässig bei chronischer incompleter Harnverhaltung mit vorhandener Detrusorenkraft: in Fällen, wo der Symptomencomplex sich nur aus der Prostatahypertrophie erklären läßt.

3. Die Operation ist ausnahmsweise zulässig bei der Prostatahypertrophie mit functionstüchtigem Detrusor: in Fällen sehr schweren, gefahrdrohenden Katheterismus. Contraindicirt ist die Operation nach Verf.'s Dafürhalten: 1. bei parenchymatöser Erkrankung der Nieren, 2. bei sehr hohem Alter oder sehr herabgekommenen Kranken mit vorgeschrittener Debilitas.

Lubowski.

Lisi: **Ancora sulla reazione del Florence.** (Ufficiale Sanitario 1899, 3. Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, No. 31.)

L. hat festgestellt, daß die Florence'sche Reaction an Sperma, das frisch aus der Harnröhre der Tiere kommt, bereits Krystalle liefert, daß sie dagegen noch besser ein, zwei oder drei Tage nach der Ejaculation gelingt. Bei demselben Tier kann man positive neben negativen Resultaten haben. Es ist nicht möglich, sichere Unterschiede unter den Krystallen der verschiedenen Tiere und des Menschen zu finden. Obwohl also die Krystalle für menschliches Sperma nicht specifisch sind, erhält man sie doch leichter aus demselben, zudem in größerer Menge und gewöhnlich in größerer Form. Aber auch die aus tierischem Sperma erhaltenen Krystalle werden größer und zahlreicher, wenn das Sperma einige Tage alt ist oder wenn es mit Kaliumtrijodid behandelt wurde. Dreyer (Köln).

Bazy: **Traitement de la tuberculose testiculaire.** (Le progrès médical 1899, No. 18.)

Man kann die Heilung der Hodentuberculose auch ohne eine so eingreifende Operation wie die Castration erreichen. Die Castration verhindert nicht ein Recidiv auf der anderen Seite; und wenn der Patient einmal auf der einen Seite castrirt ist, wird er schwerlich in eine zweite verstümmelnde Operation willigen. Andererseits ist der Hoden ein wichtiges Organ für die interne Secretion, und es ist wichtig, ihn nicht zu opfern. B. hat es für ausreichend gefunden, die tuberculösen Herde mit dem Glüheisen ausgiebig zu zerstören. Besonders bei Fällen von allgemeiner Tuberculose sind die kleineren, localen Eingriffe der Castration vorzuziehen.

Immerwahr (Berlin).

Félizet: **Tuberculose testiculaire chez les enfants.** (Le progrès médical 1899, No. 18.)

F. hat innerhalb zehn Jahren 50 Fälle von Hodentuberculose bei Kindern beobachtet. Die Affection ist nicht häufig, findet sich nur bei älteren Kindern, selten vor dem 14. Jahre. Die tuberculösen Veränderungen schreiten schnell fort. Die Infection geht auf die Vasa spermatica über, manchmal auch auf die Lymphgefäße. So hat F. in vier Fällen die tuberculöse Erkrankung der Darmdrüsen gesehen, welche den Tod durch Cachexie

herbeiführten. Bei schlechtem Allgemeinzustande soll man möglichst bald operiren. Bei kräftigen Kindern kann man warten und sich mit Cauterisationen mit Jodtinctur oder Chlorzink begnügen. Wenn der Nebenhoden ganz ergriffen ist, muß man castriren, denn das Organ ist so wie so verloren, da es durch die Tuberculose zerstört ist. Immerwahr (Berlin).

VII. Blase.

Freyberg: **Incontinenza urinaria ed ipertrofia delle tonsille.** (Gazzetta degli osp. e delle clin. 1899, No. 45.)

F. hat 350 Kinder mit starker Tonsillenvergrößerung untersucht, um einen solchen Zusammenhang zu eruiren. Er fand bei 104 Fällen (29,7 pCt.) diese Incontinenz, 105 Kinder boten keine Complication dar, während bei den übrigen 193 Kindern andere Complicationen, wie Retentio testiculi, Helminthiasis, Indigestionen, Epilepsie, Rheumatismus, Chorea, Otitis media, Ekzem, Lichen urticatus, Impetigo, Phimose u. s. w. bestanden. Unter 157 uncomplicirten Fällen litten 26 (16,5 pCt.), unter 193 complicirten 78 an Incontinenz. Demnach leugnet F. den von anderen Autoren behaupteten Zusammenhang. Dreyer (Köln).

Prof. Schauta: **Ein Fall von Symphysenspalt ohne Ectopia vesicae.** (Allgemeine Wiener medicinische Zeitung 1899, No. 14 und 15.)

In der Litteratur giebt es, wie sich Verf. überzeugt hat, nur einen einzigen Fall, in dem bei normalem Schluß der Bauchdecken Symphysenspalt ohne Ectopia vesicae gesehen wurde. Es giebt jedoch in der Litteratur kein Beispiel, wo bei einem Weibe, bezw. bei einer Schwangeren, ein derartiger Fall von Symphysenspalt ohne Ectopia vesicae zur Beobachtung gekommen wäre. Einen derartigen Fall hat nun neulich Verf. beobachtet, und dieser Fall ist somit der erste dieser Art. Die Frage, ob es sich in dem betreffenden Falle um einen angeborenen oder erworbenen Symphysenspalt gehandelt hat, beantwortet Verf. nach reiflicher Erwägung der Verhältnisse in dem ersteren Sinne. Li.

Eduard Lang: **Ueber endovesicale Photogramme.** (Vortrag und Demonstration im Wiener med. Club am 10. Mai 1899. Wiener klin. Rundschau 1899, No. 21.)

Nitze hat bekanntlich ein Cystoskop construirt, welches das Photographiren der endovesicalen Bilder gestattet; Lang hat an dem Apparat einzelne Verbesserungen angebracht, welche hauptsächlich dem Zwecke

dienen, nach erfolgter Einstellung jede Erschütterung auf's Strengste zu vermeiden. Er zeigte mehrere mit Hilfe dieses Instrumentes gewonnene Photogramme, darunter ein Photogramm der normalen Blasenfalte; einen Schleimhautwulst, welcher einen Tumor vorzutäuschen vermöchte; eine durch ein Septum in zwei Teile geteilte Blase; eine Tuberculose der Blasenschleimhaut, wobei die Knötchen sehr deutlich im Photogramm sichtbar sind. L. zeigte ferner ein Cystoskop, welches sich bei Fällen mit Blutungen aus den Harnwegen besonders bewährt hat; es ermöglicht nämlich die Herausspülung angesammelter Coagula durch das Cystoskop selbst; solche Cystoskope werden als Irrigationscystoskope bezeichnet. Es sind solche in verschiedenen Formen construirt. Er hat eins so verbessert, daß die Coagula leicht entfernt werden können. Die Desinfection der Cystoskope wird mittelst Formalindämpfen vorgenommen, welchen die Instrumente einige Stunden ausgesetzt werden. Die virulentesten Keime sind nach $1^1/_2$ Stunden abgetötet. M. L.

Wright und Coates (Manchester): **Ein eigenartiger Fall von Blasendivertikel.** (The Lancet, 18. März 1899.)

Der Fall betraf einen 38jährigen Mann, der über häufigen Urindrang, Schmerzen in der Blasengegend, Kopfschmerzen und Frostschauer klagte. In der Jugend will er Syphilis und dreimal Gonorrhoe acquirirt haben. Vor 11 Jahren stellten sich Erscheinungen einer Urethralstrictur ein. Seit dieser Zeit entleert er den Urin constant mittelst Katheters, wozu er in der letzten Zeit alle Stunde zweimal gedrängt wurde. Er hat den Katheter niemals ordentlich gereinigt oder desinficirt, sondern trug ihn zum gelegentlichen Gebrauche ständig bei sich in der Tasche. Während dieser 11 Jahre hat er wiederholt Anfälle von hämorrhagischer Cystitis gehabt, die ihn jedes Mal etwa zehn Tage lang an's Bett fesselten Patient ist außerdem Potator. Bei der Aufnahme constatirte man hohes Fieber, belegte Zunge und einen übelriechenden, bluthaltigen, muco-purulenten Urin. In der Blasengegend befand sich eine irreguläre, harte Schwellung, die sich noch etwas nach der linken Seite hin ausdehnte und nach Entleerung des Urins mittelst Katheters an Umfang nicht abnahm. Ein Metallkatheter konnte in der Blase nicht frei bewegt werden, doch wurden Steine nicht entdeckt. Durch antiseptische Auswaschungen der Blase wurde nur eine vorübergehende geringe Besserung bewirkt. Besonders nahmen Schmerzen und Urindrang erheblich zu. Man entschloß sich endlich zur Cystotomia suprapubica Hierbei fand man die Blasenwand so erheblich verdickt und hart, daß sie nur mit großer Mühe incidirt werden konnte. In der Blase entdeckte der palpirende Finger ein Divertikel, das nach hinten und rechts gerichtet war, ein etwa viermal so großes Volumen wie die Blase aufwies und diese nach links hin verdrängt hatte. Das Divertikel wurde ausgewaschen und in die Blase ein Drainagerohr eingelegt. Nach einigen Tagen erfolgte der Exitus. Bei der Autopsie fand man noch beiderseits eine eitrige Pyelonephritis; die Communicationsöffnung zwischen Divertikel und Blase befand sich dicht unterhalb

der rechten Ureterenöffnung. Offenbar ist die Blasenaffection durch den jahrelangen Mißbrauch des (noch dazu unreinen) Katheters verursacht worden; die ständige Reizung der Blase hat eine chronisch-entzündliche Wucherung ihrer Wandung bewirkt, an welcher Wucherung sich eine etwas schwächere Stelle der Blase nicht beteiligt hat, von wo aus dann die Divertikelbildung erfolgt ist. Loewenthal.

Dr. Heinrich Füth: **Ueber Papilloma vesicae beim Weibe.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 20.)

Dr. M. Graefe: **Ein weiterer Fall von Papilloma vesicae.** (Ibidem.)

Die 49jährige Patientin litt seit $^3/_4$ Jahren an häufigem Drange zum Urinlassen, der sich bald mit Abgang von Blut vergesellschaftete. Dann traten häufige und heftige krampfartige Schmerzen in der Blasengegend hinzu, sowie Incontinenz. Die Patientin wurde anämisch, magerte stark ab, hatte fortwährend Schmerzen in der Blasengegend, sowie Harndrang, und der spontan abgehende, widerlich riechende Urin verpestete die ganze Umgebung. In Narcose wurde die Urethra nach Simon dilatirt. Der durch die oberhalb des Orificium externum sackartig erweiterte Urethra eingeführte Finger stellte an der hinteren Blasenwand ein etwa gänseeigroßes Divertikel mit etwa fünfmarkstückgroßer Oeffnung fest. Auf der unteren Randleiste des Divertikels saß an einem 3—4 cm langen, dünnen Stiel eine apfelgroße Neubildung. Ein ganz leichter Druck des gekrümmten Zeigefingers gegen die Basis der Geschwulst genügte, um diese vom Stiel abzustreifen. Dieselbe wurde nun mit einer Ovumzange in zwei Teilen herausgezogen, der Stiel möglichst tief abgebunden und hierauf die Scheide tamponirt. Es bestand mehrere Tage Incontinenz; der Blasencatarrh wurde durch Argentum nitricum-Spülungen erheblich gebessert, und Patientin verließ vollständig continent die Klinik Erst nach zwei Jahren kam Patientin wieder, sie hatte sich inzwischen wohlgefühlt und erst seit Kurzem wieder heftige, sprungweise auftretende Blutungen bemerkt. Der Urin war wieder stark alkalisch und roch fötid. Durch die Kolpocystotomie wurde ein etwa faustgroßer, ziemlich an der alten Stelle breitbasig aufsitzender Tumor entfernt. Erst nach 13 Monaten wurde Patientin wieder in die Klinik aufgenommen. Diesmal fanden sich eine Reihe von kleinen Papillomen an verschiedenen Stellen der Blase vor, von denen etwa 12 abgequetscht und entfernt wurden. Im Verlauf der nächsten Jahre war wegen der nach einigen Monaten immer wieder auftretenden Blutungen mehrfach die Entfernung zahlreicher neu gewucherter Papillome notwendig, bis schließlich die schon äußerst geschwächte Patientin nach der letzten derartigen Operation collabirte und starb. Mikroskopisch erwiesen sich die operativ entfernten Geschwülste, sowie die bei der Section in der Blase vorgefundenen als einfache Papillome. Vom klinischen Standpunkt aus ist aber die vorliegende Geschwulst als durchaus maligne zu bezeichnen; sie zeigt in erster Linie die sehr große Neigung zu Recidiven und neuen Sprossungen in ausgesprochenstem Maße.

Man kann in dem vorliegenden Fall geradezu von einer Degeneratio papillomatosa der Blasenwand sprechen. Auch die anderen schweren klinischen Begleiterscheinungen der Papillome, wie Blutungen, Verlagerung der Ureteren mit consecutiver Hydronephrose, Harnstauung mit sich anschließender Zersetzung des Urins und Blasencatarrh treten im vorliegenden Fall sehr in den Vordergrund und haben schließlich das letale Ende mit herbeigeführt. Es liegt also wieder ein Beweis dafür vor, daß das Papillom trotz seiner pathologisch-anatomischen Benignität eine gefährliche Neubildung ist.

Dem vorstehend mitgeteilten Fall von Papilloma vesicae fügt Graefe einen sehr ähnlichen hinzu. Der in die Blase der 33jährigen Patientin eingeführte Finger fand dieselbe völlig ausgefüllt mit schwammigen, zottigen Massen. Nachdem ein Teil derselben abgequetscht und entfernt worden war, ließ sich feststellen, daß es sich um ein einziges großes Papillom handelte, welches etwas links von der Mittellinie des Septum vesico-vaginale mit einem Stiel von der Größe eines Fünfmarkstückes inserirte. Mittelst der Kolpocystotomie wurde die Geschwulst total entfernt. Nach sieben Jahren fand sich wieder ein mehr als faustgroßer Blasentumor; der mit dem Katheter entnommene Urin war trübe, blutig und sehr übelriechend. Die Austastung der Blase ergab außer vier breitgestielten, großen Papillomen an der vorderen und den seitlichen Blasenwänden eine Reihe kleinerer und größerer papillärer Wucherungen. Da eine Radicaloperation aussichtslos schien, wurden die größeren Papillome nur abgedreht, wonach sich das Befinden der Patientin besserte. Trotz der histologischen Gutartigkeit der Neubildung ist sie in klinischer Hinsicht doch als eine bösartige zu bezeichnen. Sie recidivirt so gut wie sicher, und die Recidive treten in immer größerer Ausdehnung und Zahl auf, bis sie schließlich zum Tode der Patientin führen.

Immerwahr (Berlin).

Sinclaire Browne (Insel Barbados): **Entfernung von 14 Blasensteinen bei einem Manne mit Hilfe eines improvisirten Mastdarmcolpeurynters.** (The Lancet, 29. April 1899.)

In manchen Fällen gelingt es durch Anfüllung der Blase nicht, diese so zu heben, daß sie behufs Entfernung von Blasensteinen von oben her geöffnet werden kann. Alsdann muß man sie bekanntlich mittelst eines in den Mastdarm eingeführten Gummiballons (Petersen) heben. Da ein solcher dem Verf. nicht zur Verfügung stand, so half er sich in einem Falle, der auch noch durch die große Anzahl der Steine von Interesse war, in einer ingeniösen Weise. Der Fall betraf einen 52jährigen Mann mit characteristischen Blasensteinsymptomen. Bei der Sondenuntersuchung wurde nur ein größerer Stein, der hinter der Prostata lag, entdeckt. Es wurden mittelst der Cystotomia suprapubica 14 Steine im Gewicht von 2,5—6,6 g entfernt. Es waren reine Harnsäuresteine. Patient genas vollständig. Bei dieser Operation nun improvisirte Verf. folgenden Mastdarmcolpeurynter: Er nahm ein 9 Zoll langes Stück von dem Innenrohr eines alten Bicycle-Radschlauches, verschloß das eine Ende mit gewöhnlicher Guttaperchamasse, setzte in das

andere Ende eine Glasröhre ein, schob über das freie Ende dieser einen 4 Zoll langen Gummischlauch und brachte in diesem einen gewöhnlichen Faßhahn an. Diesen Colpeurynter führte er dann in das Rectum ein (nachdem es nicht gelungen war, die Blase durch Einbringung von 360 g warmen Borwassers genügend zu heben) und dehnte ihn mittelst 360 g warmen Borwassers aus. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. Die Blase wurde so erheblich gehoben, daß sie leicht ohne jede Verletzung des Peritoneums incidirt werden konnte. Loewenthal.

Dr. Birstein: **Beitrag zur Casuistik der Sectio alta mit Blasennaht.** (Wratsch 1899, No. 11 und 12.)

Während die meisten Autoren, welche in neuerer Zeit über die Steinoperation geschrieben haben, darin einig sind, daß die Sectio alta die beste Methode der Harnblasenresection ist, so herrscht in der Frage der Nachbehandlung, namentlich der Harnblasennaht, um so größere Uneinigkeit. Samochotski gelangt zu dem Schluß, daß es besser wäre, auf die Blasennaht ganz zu verzichten. Dzione behauptet, daß die Mortalität bei Blasennaht größer ist, als bei offener Behandlung der Harnblasenwunde, daß ein Erfolg nur in 54 pCt. der Fälle mit primärer Blasennaht erzielt wird, und daß bei mißlungener Naht Heilung später eintritt, als bei offener Behandlung der Harnblasenwunde. Immerhin sind die Indicationen zur Harnblasennaht noch nicht mit voller Bestimmtheit ausgearbeitet, auch ist noch zu wenig Material vorhanden, um ein abschließendes Urteil über die Bedeutung der Blasennaht zu fällen, welche, abgesehen von der bedeutenden Vereinfachung der Operation und Abkürzung des postoperatorischen Verlaufs, noch den Vorzug bietet, daß sie zwischen Blase und Bauchwand normale topographische Verhältnisse schafft; dagegen bleibt die Harnblase bei offener Behandlung der Wunde an die hintere Oberfläche der Bauchwand befestigt. Aus obigem Grunde sieht sich Verf. veranlaßt, seine Fälle von Steinoperation zu veröffentlichen, um diejenigen Chirurgen, welche die Sectio alta mit Blasennaht ausgeführt haben, zur Veröffentlichung der Fälle gleichfalls anzuregen. Im Ganzen verfügt Verf. über 23 Fälle, in denen die Operation folgendermaßen ausgeführt wurde: Uebliche Vorbereitung, Trendelenburg'sche Lage, Chloroformnarcose, Ausspülung der Harnblase mit Borsäure, Einführung in dieselbe von 100—300 ccm derselben Lösung, Incision in der Linea alba, Resection oder stumpfe Abpräparirung des antevesicalen Bindegewebes, Fixirung der Harnblase mittelst zwei Ligaturen, welche später die Anlegung der Naht erleichterten. Resection der Harnblase zwischen den Ligaturen in einer Ausdehnung von ca. 2 cm, Untersuchung der Harnblase, Entfernung des Steines event. nach vorheriger Zertrümmerung desselben; hierauf Ausspülung der Harnblase mit Borsäure und Naht. Es wurden knotenförmige Nähte aus dünner Seide in Zwischenräumen von je 5 cm angelegt, vom oberen Wundwinkel anfangend; geknotet wurden die Nähte erst dann, nachdem bereits die nötige Zahl der Nähte angelegt war. Um sich davon zu überzeugen, daß die Naht keine Flüssigkeit durchläßt, füllte Verf. die

Harnblase wieder mit Borsäure; es stellte sich jedoch nur selten die Notwendigkeit heraus, 1—2 Supplementnähte anzulegen. Hierauf Naht der Bauchwand unter Offenlassung des unteren Wundwinkels behufs Einführung einer Drainage aus jodoformirter oder sterilisirter Gaze. In die Harnblase wurde ein Nélatonkatheter eingeführt und an der Glans befestigt. Entfernung des Katheters erfolgte meistenteils am dritten Tage.

Die geschilderte Operation wurde in 18 von den 23 Fällen ausgeführt, darunter in drei Fällen mit negativem Erfolg. In dem einen dieser letzteren Fälle war der Mißerfolg dadurch bedingt, daß die Nähte auf eine catarrhalisch veränderte Harnblase mit stark alkalischem Harn angelegt wurden; in den übrigen zwei Fällen mußte der Mißerfolg auf mangelhafte Operationstechnik zurückgeführt werden. Ueble Folgen hatte jedoch das Mißlingen der Naht keine und die betreffenden Fälle verliefen in jeder Beziehung nicht schlechter, als die Fälle mit offener Behandlung der Blasenwunde. Die Offenlassung des unteren Winkels der Bauchwunde ist bei Blasennaht höchst wichtig, da eventuelles Mißlingen derselben sofort entdeckt und die nötigen Maßnahmen unverzüglich vorgenommen werden können. Die Zahl der Nähte schwankte zwischen 4 und 7; zu viel Nähte (Borowski legt 9—14 Nähte an) stören die prima intentio. In den meisten Fällen wurde, wie gesagt, ein Dauerkatheter eingeführt und am dritten Tage entfernt; in drei Fällen unterblieb die Einführung des Katheters, in drei wurde derselbe bereits am zweiten Tage entfernt; alle diese Fälle verliefen sehr gut, und Verf. glaubt, daß die Einführung des Dauerkatheters entbehrlich ist und daß die meisten Chirurgen darauf bald verzichten werden. Der postoperatorische Verlauf war in den 15 Fällen mit gelungener Blasennaht ein sehr guter. Temperatursteigerungen kamen seltener zur Beobachtung, als in Fällen ohne Blasennaht. Die Patienten konnten durchschnittlich am 13. Tage das Krankenhaus verlassen, während die Heilungsdauer bei offener Behandlung der Blasenwunde 31 Tage beträgt. Lubowski.

DDr. Juvara und Balacesko: **Ueber eine neue Nahtmethode für Harnblasenwunden.** (Bulletins et mémoires de la société de chirurgie de Bucarest 1898. Ref. nach Wratsch 1899, No. 11.)

Die Verff haben die von ihnen ausgearbeitete Methode der Harnblasennaht an Hunden experimentell ausgeführt und die Ueberzeugung gewonnen, daß dieselbe für den Harn undurchgängig ist. Um vollständigen Verschluß der Harnblase zu sichern, vernähen die Verff. einzeln die Ränder der Schleimhaut nach vorheriger Bildung eines Muskellappens aus einem Rande der Harnblasenwunde, indem sie in zweierlei Weise verfahren: 1. Sie fassen die Schleimhaut an dem einen Rande mittelst 2—3 Klemmpincetten und reseciren hernach die Muskelschicht der Wunde entlang, indem sie einen 1 bis $1^1/_2$ cm breiten Lappen bilden; 2. oder sie fassen den Rand der Blasenwunde, stülpen ihn nach außen um, excidiren ein Stück der Schleimhaut und erhalten auf diese Weise einen kleinen Muskellappen mit angefrischter Oberfläche. Die Schleimhaut der Harnblase wird hierauf mit dünnem Catgut

genäht, die Basis des Muskellappens wird durch eine Nahtreihe mit dem entgegengesetzten Muskelrande der Blasenwunde vereinigt; durch eine in der Mitte angelegte Nahtreihe wird der Muskellappen an die Harnblasenwand befestigt, durch eine äußere Nahtreihe der freie Lappen der Harnblase genähert. Li.

Prof. Rudolf Trzebicky (Krakau): **Fremdkörper in der Harnblase von Männern.** (Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 19.)

Die hochinteressanten Fälle sind folgende:

1. Ein 20jähriger, geistig etwas beschränkter Bauernbursche wurde in das hiesige Hospital der barmherzigen Brüder wegen heftiger Harnbeschwerden aufgenommen. Der Harn war trübe, alkalisch, die Blase über der Symphyse auf Druck empfindlich. Puls normal, mäßiges Fieber. Patient gesteht, seit zwei Jahren der Onanie zu fröhnen; vor zwei Wochen habe er ein lästiges Brennen in der Harnröhre gefühlt und auf den Rat eines Bauern sich ein Weidenstäbchen in die Harnröhre eingeführt. Dasselbe sei jedoch in der Harnröhre verschwunden. Ueber die Länge des eingeführten Stäbchens machte er sehr divergirende Aussagen. Die Blasenuntersuchung mittelst Sonde ergab darin das Vorhandensein eines Fremdkörpers. Da die Extraction mittelst Lithotriptors mißlang, führte Verf den medianen Blasenschnitt aus und überzeugte sich mit dem Finger, daß das Stäbchen zusammengerollt in der Blase lag. Die Extraction gelang sehr leicht. Das entrindete Weidenstäbchen war 30 cm lang und 2 mm dick. Bei neuerlicher genauer Untersuchung der Blase fand sich daselbst noch ein zweites, 8 cm langes Stäbchen, wahrscheinlich die abgebrochene Spitze des ersteren. Glatte Heilung.

2. Der 29jährige Patient erzählte, er wäre vor einigen Tagen von mehreren Strolchen überfallen und gefesselt, und es sei ihm von denselben ein glatter Fremdkörper in die Harnröhre mit Gewalt eingeführt worden. Der letztere sei bis jetzt mit dem Urin nicht abgegangen. Die Untersuchung mittelst Sonde ergab in der Blase das Vorhandensein eines länglichen, harten, glatten Körpers. Medianer Blasenschnitt. Mittelst langer, gekrümmter Kornzange gelang es, den Fremdkörper zu extrahiren, der sich als ein 10 cm langes und 7 mm im Durchmesser betragendes Glasrohr mit abgerundeten Enden präsentirte. Die Heilung ging ganz glatt vor sich.

3. 67jähriger Mann mit Hämaturie. Ueber die Ursache derselben befragt, gab er an, er habe vor einigen Tagen wegen heftigen Juckens in der Harnröhre in dieselbe einen etwa 12—15 cm langen Gänsefederkiel samt Fahne, dessen Ende er pfeilförmig zugespitzt hatte, eingeführt. Die Feder sei ihm ausgeglitten und in der Tiefe verschwunden; seit der Zeit stellten sich heftige Harnbeschwerden und Blutharnen ein. Die Untersuchung mittelst Sonde ergab in der Blase das Vorhandensein eines Fremdkörpers. Patient willigte in den ihm vorgeschlagenen operativen Eingriff nicht ein.

4. In der urologischen Sammlung Obalinski's befindet sich ein etwa 12 cm langes, an einem Ende scharf zugespitztes Glasstäbchen, welches aus der Blase eines 34jährigen Eisenbahnbeamten durch hohen Blasenschnitt

entfernt wurde. Ueber die Art, wie dasselbe dorthin gelangt war, fehlten jegliche Angaben.

5. In der Sitzung des polnischen Chirurgencongresses am 17. October 1890 zeigte Primarius Zalociecki einen Stein, welchen er durch hohen Blasenschnitt extrahirt hatte. Derselbe bestand aus zwei Steinen, einem taubenei- und einem kirschgroßen, welche sich an beiden Enden einer mäßig dicken Kürschnernadel inserirt hatten. Patient gab an, daß er vor zehn Jahren wegen Harnverhaltung ein „sachkundiges" Weib consultirt habe, welches ihm ein sicheres Mittel versprach, jedoch als Bedingung stellte, daß bei Application desselben niemand Dritter zugegen sein dürfe. Patient soll bei Anwendung dieses Mittels derartige Schmerzen verspürt haben, daß er die Besinnung verlor. Z. vermutet, daß diese Schmerzen durch die Einführung der Nadel in die Harnröhre verursacht worden sind. Da die Harnretention anhielt, wurde am nächsten Tage ein Arzt berufen, welcher den Kranken katheterisirte und hierbei wahrscheinlich die in dem hinteren Teil der Urethra befindliche Nadel in die Blase gestoßen hat.

6. 80jähriger Bauer mit Harnverhaltung. Er erzählte, dieselbe sei zum ersten Male Tags vorher aufgetreten, und der zu Rat gezogene Ortsrichter habe ihm einen Katheter angelegt. Urin sei hierauf nicht zum Vorschein gekommen, der nicht fixirte Katheter sei aber in die Harnröhre geschlüpft. Patient behauptet, hierbei das Gefühl gehabt zu haben, als ob der Katheter von der Harnblase aspirirt worden wäre. Entleerung der fast bis an den Nabel ausgedehnten Blase mittelst Metallkatheters. Tags darauf fand Verf. die Blase wiederum stark ausgedehnt. Patient konnte den Urin spontan nicht lassen. Medianer Blasenschnitt. Wegen sehr bedeutender Hypertrophie der Prostata war Verf. jedoch kaum im Stande, mit der Fingerkuppe in die Blase zu gelangen, und sah sich gezwungen, den hohen Blasenschnitt auszuführen. Nun erst gelang es, den in einer Schleimhautnische knäuelartig zusammengerollten Katheter (34 cm langer Nélatonkatheter No. 13) herauszuholen. Lubowski.

Kauffmann: **Demonstration einer Haarnadel, entfernt aus der Blase einer 21jährigen Nullipara.** (Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 19.)

Die Nadel soll verschluckt worden und vom Darmtractus aus dorthin gewandert sein. Wahrscheinlich ist sie zu criminellen Zwecken, die Regel war einmal ausgeblieben, benutzt worden und dabei einen verkehrten Weg geführt und der führenden Hand entglitten. Eine Verletzung der Blase konnte durch cystoskopische Untersuchung ausgeschlossen werden. Die Nadel wurde entfernt ohne Dilatation der Urethra; mit Hilfe des Cystoskopes wurde unter Leitung des Auges das umgebogene Ende mit einem zu diesem Zweck hergestellten stumpfen Häkchen angehakt, die Nadel in die Achse der Urethra gestellt und nun ohne Schwierigkeit hinter dem Cystoskop extrahirt. Immerwahr (Berlin).

Robinson (London): **Traumatische Verletzung der Vagina, des Rectums und des Beckens mit nachfolgender Necrose des Os pubis und prävesicalem Abscess; Operation; Heilung.** (The Lancet, 4. März 1899.)

Der Fall betraf ein 10jähriges Mädchen, das von einem Omnibus überfahren worden war. Es bestanden intensive Schmerzen in der Beckengegend und reichliche Blutungen aus der Vagina. Man constatirte einen großen Riß im recto-vaginalen Septum mit erheblicher Retraction des abgetrennten Vaginalteiles. Eine Beckenfractur war anscheinend nicht vorhanden, auch zeigte der mittelst Katheter entleerte Urin kein Blut. Die retrahirte Vagina wurde nach abwärts gezogen und die Wunde durch Seidennähte geschlossen. Wegen Urinretention mußte in den ersten Tagen fortdauernd katheterisirt werden. Unter Anwendung von Borwasserbädern trat vollständige Heilung ein, so daß Pat. nach vier Wochen entlassen werden konnte. Nach sieben Monaten stellten sich jedoch wiederum heftige Schmerzen in der Beckengegend, außerdem Urinbeschwerden ein. Man constatirte Fieber (39° C.) und im Abdomen unterhalb des Nabels einen prallelastischen Tumor, der sich nach Entleerung der Blase nicht verkleinerte und nur weniger prominent erschien. In der narbig stark contrahirten Vagina befand sich ein ¾ Zoll langer Sequester, der entfernt wurde und sich als ein Teil des Ramus descendens ossis pubis erwies Da der Tumor offenbar ein Absceß zu sein schien, so wurde er incidirt, wobei sich sehr fötide Eitermassen und drei kleine Sequester entleerten. Die Eiterhöhle war etwa faustgroß, von verdickten Wandungen umschlossen und befand sich im prävesicalen Raum auf dem linken Arcus pubis. Sie wurde mit Borwasser ausgewaschen und drainirt. Die Drainageröhre wurde nach neun Tagen entfernt. Nach fünf Tagen konnte Patientin als geheilt entlassen werden. Es ist sehr wahrscheinlich, daß durch das Trauma eine Fissur am Os pubis stattgefunden hat, wonach die verletzten Knochenteile allmählich unter Bildung eines prävesicalen Abscesses exfoliirt worden sind. Loewenthal.

Dr. Weber: **Beitrag zur Diagnose und Therapie der vesico-cervicalen Harnfisteln.** (Vortrag in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Petersburg. Wratsch 1899, No. 14.)

Vorliegender Fall ist besonders dadurch von Interesse, daß er den Wert der Cystoskopie und Katheterisation der Ureteren vor Augen führt. Nur dank dieser beiden Untersuchungsmethoden war es in diesem Falle möglich, eine sichere Diagnose zu stellen. Die 27jährige Patientin kam in das Krankenhaus wegen Harnincontinenz. Vor drei Monaten hatte sie eine schwere Geburt durchgemacht, welche drei Tage dauerte, jedoch spontan zu Ende ging. Am fünften Tage nach der Geburt begann der Harn sich aus der Scheide zu entleeren, immerhin aber war die Patientin im Stande, teilweise auch per vias naturales zu uriniren. Bei der Untersuchung per vaginam fand man in derselben keine Fistel. Bei der Sichtbarmachung des

Gebärmutterhalses zeigte es sich, daß der Harn tropfenweise aus dem äußeren Gebärmuttermunde abfließt. Der Gebärmutterhals zeigte an seinem vorderen linken Rande einen Riß, der fast bis zum Gewölbe verlief und hier in narbigen Massen endete. Die Höhle des Gebärmutterhalses war erweitert und mit aufgelockerter, leicht blutender Schleimhaut bedeckt. Bei der Untersuchung mit Sonden verschiedener Dicke konnte im Gebärmutterhalse nirgends die Spur von einer Fistel gefunden werden. Die sorgfältige Sondirung durch die Harnblase ergab gleichfalls ein negatives Resultat. Man goß dann in die Harnblase 200 ccm Milch, durch den Gebärmutterhals kam kein Tropfen zum Vorschein. Es lag somit eine Anzahl von Anzeichen vor, welche zu der Annahme einer utero-vesicalen Fistel berechtigten. Die cystoskopische Untersuchung ergab jedoch, daß zwischen Harnblase und Cervix ein Fistelgang bestand. Trotz des Fistelganges behielt jedoch die Harnblase die eingeführte Flüssigkeit und konnte ohne Schwierigkeiten besichtigt werden. Die Schleimhaut der Harnblase erwies sich als gesund, die Ureterenöffnungen hatten regelmäßige Form und Lage. Am Boden der Harnblase sah man eine scharf begrenzte, dunkelrote Vertiefung von 3 mm im Durchmesser. Mit Hilfe des Albarran'schen Cystoskops gelang es ziemlich leicht, den Ureterkatheter in die Oeffnung des linken Ureters und dann weiter bis zum Nierenbecken einzuführen. Indem der erste Katheter in situ belassen wurde, wurde durch dasselbe Instrument ein zweiter Ureterkatheter in die Harnblase eingeführt, mit dem die Sondirung der bezeichneten Vertiefung ausgeführt und nach Ueberwindung eines geringen Widerstandes in die Tiefe eingedrungen werden konnte. Bei der Untersuchung per vaginam zeigte sich, daß die zweite Sonde in den Gebärmutterhals und dann durch den äußeren Gebärmuttermund in die Scheide gedrungen ist. Die Fistelöffnung lag im Gebärmutterhalse sehr hoch, am inneren Muttermund links von der Mittellinie in der Nähe des linken Ureters.

Was die Behandlung betrifft, so entschloß man sich in Anbetracht der Erfolglosigkeit der Aetzungen mit Höllenstein und der Tamponade des Gebärmutterhalses die Fistelöffnung auf operativem Wege direct zu schließen. Es kamen dabei zwei Methoden in Betracht: erstens die Jobert'sche, welche in trichterförmiger Auffrischung der Fistel von Seiten des Gebärmutterhalses aus und in Schließung derselben durch Nähte besteht. In vorliegendem Fall konnte diese Methode nicht angewendet werden, da die Fistel schwer zugängig war und dem Ureter zu nahe lag, der bei dem Eingriff leicht verletzt werden konnte. Bei der zweiten, Follet-Shampneys's'chen Methode wird die Blase vom Gebärmutterhals abgetrennt, wonach die Fistel des Gebärmutterhalses und die der Harnblase einzeln genäht werden. W. hat in seinem Fall diese letztere angewandt, und zwar mit einigen Modificationen: Bogenförmiger Schnitt um den vorderen Teil des Gebärmutterhalses wie bei der vaginalen Uterusexstirpation, links Fortführung des Schnittes dem Rande des linken Cervixrisses entlang bis zum Fornix; vorsichtige Abtrennung der Harnblase vom Gebärmutterhals unter Controle einer in die Blase eingeführten Sonde. In Folge narbiger Verwachsungen mußte man die Harnblase

mit kurzen Schlägen der Cooper'schen Scheere abtrennen, und zwar bis über den inneren Muttermund hinaus, um die Fistel der Harnblase in ihrer ganzen Peripherie bloßzulegen. Diese wurde nun mittelst vier feiner Catgutnähte geschlossen, ohne vorherige Auffrischung der Ränder. Die Ausstiche wurden dicht am Rande der Schleimhaut gemacht. Da die Cervixfistel dicht am Rande des Cervixrisses lag, so wurde sie nicht genäht, sondern durch einen Längsschnitt mit einem Teil des Gebärmutterhalses excidirt. Der laterale Cervixriß wurde genäht wie bei der Emmet'schen Operation, die Wunde im vorderen Gewölbe mittelst einiger Catgutnähte geschlossen. Vollkommen glatter Heilungsverlauf; die Patientin hat nach der Operation durch die Vagina keinen Tropfen Urin entleert. Prima intentio; nach $3^1/_2$ Wochen wurde die Patientin vollkommen geheilt entlassen. Li.

Lamard: **De l'aspiration des corps mous dans la vessie.** (Le progrès médical 1899, No. 21.)

Die weichen Körper, Blutgerinnsel, Membranen, Bruchstücke von Neubildungen, Fremdkörper können in der Blase eine Menge von Störungen hervorrufen, wie Urinretention, Infection, Hämorrhagien etc. Nichts ist leichter, als diese Fremdkörper aus der Blase zu entfernen, und zwar durch den Guyon'schen Aspirateur und eine hinreichend dicke, starre Sonde. Zuweilen muß man nach der Aspiration einen Verweilkatheter einführen.

Immerwahr (Berlin).

VIII. Ureter, Niere etc.

Goldmann (Freiburg): **Ueber Katheterisation der Ureteren.** (Vortrag im Verein Freiburger Aerzte, 24. Februar 1899. Nach einem Referat der Münchener med. Wochenschr. 1899, No. 11.)

G. giebt einen orientirenden Ueberblick über die Geschichte und die Entwicklung der neuen Untersuchungsmethode. Er verbreitet sich eingehend auf die Technik der Harnleiteruntersuchung und demonstrirt das Uretercystoskop Casper's, mit welchem er ausschließlich gearbeitet zu haben scheint. Nach seinen Erfahrungen muß der Vortragende dem ungünstigen Urteil der Gegner der Methode auf das Entschiedenste widersprechen und der neuen Methode sowohl ihrer diagnostischen wie ihrer therapeutischen Bedeutung wegen den Vorrang einräumen vor den übrigen, weniger gefährlichen Untersuchungsmethoden dieses Gebietes. Ebenso wie dem Gynäkologen wird sie auch dem Chirurgen unentbehrlich werden und auch in seinen Händen segensreich wirken, wenn ihre Anwendung auf die allerdings nicht alltäglichen, geeigneten Fälle beschränkt bleibt.

Jacobsohn (Berlin).

Reynès: **Cathétérisme cystoscopique des uretères; applications diverses.** (Le progrès médical 1899, No. 19.)

Seit November 1897 übt Verf. den Ureterenkatheterismus aus und bedient sich des Albarran'schen Instrumentes, mit welchem er keinen üblen Zufall gehabt hat. Er hat bei vier Patienten die Ureteren 15mal katheterisirt, drei davon hatten Pyelonephritiden, teils einseitig, teils beiderseitig. Der vierte hatte eine Nephrorrhagie, wahrscheinlich tuberculöser Natur. In einem Falle handelte es sich um eine eitrige Pyelonephritis. Verf. ließ in diesem Falle den Verweilkatheter drei Tage lang im Ureter liegen und verschaffte dem Kranken dadurch große Erleichterung. Die Auswaschungen mit einer wässerigen Lösung von Sulfobenzoat 5,0 : 1000,0 haben die Krankheit bedeutend gebessert. Dieses ausgezeichnete Antisepticum reizt nicht und verdirbt weder die Hände, noch die Instrumente.

Immerwahr (Berlin).

Nicolich: **Rupture de l'uretère par contusion de la région rénale.** (Le progrès médical 1899, No. 19.)

Ein 18jähriger Mann fiel auf die linke Seite, bekam danach für einen Tag eine leichte Hämaturie und starke Schmerzen. Einen Monat nach dem Unfall ist die ganze linke Seite des Abdomens viel dicker als die rechte in Folge einer Flüssigkeitsansammlung, welche vorn bis einen Finger breit unterhalb der Brustwarze reicht, in der Mitte bis zum Nabel geht und nach unten bis zur Mitte des Ligamentum Poupartii; nach hinten bis zur Wirbelsäule, und zwar vom vierten Intercostalraum bis zur unteren Spitze des Schulterblattes. Innerhalb $1^1/_2$ Monaten werden in sechs Sitzungen 13 l und 800 g Flüssigkeit mit dem Potain'schen Aspirator abgelassen. Vollständige Heilung.

Immerwahr (Berlin).

Prof. Schauta: **Ein Fall von Ureteranastomose.** (Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 18.)

In einem Fall von Extrauteringravidität mit pseudointraligamentärer Entwicklung, welcher vom Verf. operirt wurde, fand sich bei Revision des Operationsfeldes der linke Ureter durchtrennt. Ein Stück desselben stand mit der Blase in Verbindung, dann fand sich ein Zwischenraum von mehreren Centimetern, doch fehlte nichts vom Ureter. Verf. brachte daher die beiden Ureterenden so aneinander, daß er an dem oberen Ende eine Fadenschlinge durchzog und beide Enden des Fadens etwa $1—1^1/_2$ cm unterhalb der Schnittfläche des unteren Ureterendes so in das untere Ende einführte und durch die Wand durchzog, daß sich das obere Ureterende in das untere einstülpte. Die Fadenschlinge wurde dann geknüpft. (Diese von Howard Kelly angegebene Methode hält Verf. für sehr gut.) Es wurde dann das Peritoneum über dem Ureter vernäht, in die Scheide ein Gazestreifen eingelegt, ebenso einer an den Ureter, welche Streifen durch die Bauchwunde herausgeleitet wurden. Der Verlauf nach der Operation war ein guter. In den ersten

Tagen hatte die geringe Harnmenge Besorgnis erregt (520 g am ersten, 750 g am zweiten Tage); doch stieg dieselbe am sechsten Tage auf 1300 g. Verf. fürchtete, daß diese geringe Harnmenge mit einer mangelhaften Function des linken Ureters zusammenhängen könnte, doch dürfte diese Oligurie mit dem großen Blutverlust und der geringen Flüssigkeitsaufnahme zusammenhängen. Der weitere Verlauf war ein recht günstiger: die getrennten Ureterenden heilten ohne Zwischenfall aneinander. Lubowski.

Imerio Monteverdi: **Rene unico con duplicità limitata degli ureteri.** (Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, No. 43.)

Verf. beobachtete bei seinen Sectionen zum zweiten Male das Fehlen einer Niere im Ospedale Maggiore in Cremona. Beide Male besaß die Niere die gewöhnliche Form und nicht die Hufeisenform. Die 20jährige Person, um die es sich im letzten Falle handelt, starb an einer tuberculösen Meningitis. Sonst fanden sich bei ihr nur einige Tuberkel in den Lungenspitzen und beginnende Verkäsung der Bronchialdrüsen. Von der rechten, normal gebauten und gelegenen Niere gingen zwei Ureteren mit einem Zwischenraum von 4 cm ab, die sich nach einem Verlauf von 15 cm vereinigten und rechts im hinteren Winkel des Trigonum vesicale mündeten. Die Niere hatte dunkelrote Farbe, normale Consistenz, wog 150 g, war 12 cm lang und 6½ cm breit und hatte eine Dicke von etwa 3½ cm. Auf dem Schnitt fand sich nur ein etwas erweitertes Becken. Beide deutlich geschiedenen Substanzen waren etwas hyperämisch und enthielten einige Miliartuberkel. Das Kaliber der vereinigten und allein laufenden Ureteren entsprach etwa der Norm. Die linke Nebenniere und die Nierengefäße der linken Seite fehlten gleichfalls vollständig. Dreyer (Köln).

Dr. Péhu: **De la valeur des cylindres urinaires dans le diagnostic et le prognostic des maladies rénales.** (Revue de médecine, Februar 1899.)

Verf. thut in vorliegender Arbeit dar, daß die Untersuchung der Harncylinder Anhaltspunkte zur Diagnose und Prognose bei Nierenkrankheiten liefern könne und deshalb volle Beachtung verdiene. Vor Allem teilt Verf. die Harncylinder ihrer Entstehung nach in folgende Formen ein: 1. in transsudative, welche in Folge Transsudation gewisser Blutbestandteile durch die Wände der Harncanälchen entstehen; diese Transsudation wird ihrerseits durch acute oder chronische Störungen der Blutcirculation bedingt; die Cylinder dieser Gruppe bestehen aus Hyalin-, Hämoglobin-, Fibrinsubstanz, sowie auch aus roten Blutkörperchen; 2. in desquamative, d. h. solche, welche in Folge von Abstoßung von degenerirten Zellen der Nierencanälchen entstehen; in diesen Fällen handelt es sich um gallertartige, fettige, amyloidartige und epitheliale Cylinder; 3. in fermentative Cylinder, welche durch gesteigerte Proliferation der Heidenhain'schen Epithelschicht bedingt wird.

Die größte Bedeutung kommt in obiger Beziehung den körnigen Cylindern zu, die bei epithelialer Nephritis auftreten und auf bestehende Entzündung der Nierengänge hinweisen, wenn sie auch außerhalb der Exacerbationen in mehr oder minder größeren Quantitäten constant angetroffen werden. Ferner kommen die hyalinen Cylinder in Betracht, welche gewöhnlich bei Störungen der Blutcirculation angetroffen werden, ohne jedoch an und für sich eine entscheidende diagnostische Bedeutung zu haben.

In prognostischer Beziehung sind die körnigen Cylinder bei epithelialer Nephritis insofern von Bedeutung, daß sie eine Orientirung über den Entwicklungsgang und jeweiligen Stand der Entzündung ermöglichen. Im acuten Stadium sind die Cylinder zahlreich mit einander verbunden, sie bestehen aus derben Körnchen, haben schmale Durchmesser und deuten auf eine gesteigerte Zellproliferation hin. Im subacuten Stadium sind die Cylinder spärlicher, weniger unter einander verbunden und von größerem Durchmesser. Bei chronischer epithelialer Nephritis findet man im Harn sehr wenig Cylinder, die untereinander noch weniger verbunden sind. Bei Genesung verschwinden aus dem Harn sowohl das Eiweiß wie auch die Cylinder. M. L.

Principali diuretici. (Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, No. 31.)

Es werden folgende Receptformeln angegeben:

1. Extract. Convallariae majalis 0,1
   Pulvis Convall. maj. 0,05

für eine Pille; Morgens und Abends eine Pille zu nehmen.

2. Extr. Convall. maj. 0,1
   Sir. cort. aurant. 200,0

Morgens und Abends ein Eßlöffel voll zu nehmen.

Die Präparate von Convallaria können der mangelnden Cumulativwirkung wegen lange gebraucht werden.

3. Tinct. Scillae 1,0
   Sir. cort. aurant. 30,0
   Aqu. dest. 100,0

S. Stündlich 1 Eßlöffel voll zu nehmen.

4. Extract. scill. . . . . } āā 0,05
   Pulv. scill. . . . . }

für eine Pille; Morgens und Abends eine Pille zu nehmen.

5. Theobromin 0,05

S. Viermal täglich ein Pulver.

6. Coffein 1,0
   Natr. benzoic. 2,0
   Sir. cort. aurant. 30,0
   Aqu. 120,0

S. In einem Tage zu verbrauchen.

7. Vini Trousseau (1 Eßlöffel enthält etwa 0,8 Digitalis u. 0,75 Kal. acet.)
S. 2—3 Eßlöffel täglich.

8. Kal. nitric. 2,0
Oxymel. scillae 20,0
Lactis 100,0
S. Zum Klystier.

Dreyer (Köln).

Dr. W. Sternberg (Berlin): **Ueber die therapeutische Bedeutsamkeit des Harnstoffes.** (Deutsche Medicinal-Zeitung 1899, No. 32.)

Verf. unterzieht die wenigen über die therapeutische Verwendung des Harnstoffes veröffentlichten Arbeiten einer kritischen Beleuchtuug. Dem Harnstoff kommt bekanntlich eine diuretische und eine harnsäurelösende Wirkung zu. Die erstere, welche uns am meisten interessirt, ist von Husemann erwiesen und von Wilhelm Friedrich in Budapest bestätigt worden. In die Therapie ist der Harnstoff als Diureticum besonders von Klemperer eingeführt worden (cf. diese Monatsberichte 1896, S. 5), der in vielen Fällen von Lebercirrhose, Pleuritis, Herzaffectionen mit Ergüssen den Harnstoff angewandt und in sämtlichen Fällen ohne Ausnahme einen guten Erfolg gesehen hatte. Im Gegensatz zu Klemperer hat Bettmann vom Harnstoff keine kräftige diuretische Wirkung gesehen. Bettmann's Material ist jedoch gegenüber Klemperer's zahlreichen Fällen ein geringes (im Ganzen 12 Fälle), so daß dem Harnstoff dennoch die diuretische Wirkung nicht abzusprechen ist. M. L.

Rénon: **La diète hydrique dans l'urémie.** (Le progrès médical 1899, No. 21.)

Von manchen dyspeptischen Albuminurischen wird Milch bisweilen schlecht vertragen. Bei den Urämischen, welche Milch nicht vertragen, muß man zur Wasserdiät übergehen, dann zu den Amylaceen, darauf zur Milch und schließlich zur gemischten Kost. Es giebt eine große Anzahl von Fällen von Urämie, bei denen man circa drei Tage lang nur Wasser geben darf und dann erst mehlhaltige Nahrung hinzufügen kann.

Immerwahr (Berlin).

Marocco: **Illustrazione di un caso die pielo-nefrite bilaterale in una neonata settimestre affetta da molteplici anomalie di sviluppo.** (Durante's Festschrift, Volume I.)

Ein nach sieben Graviditätsmonaten geborenes Kind lebte fünf Tage. Bei demselben fehlen Ohrläppchen und äußere Genitalien. Aus einem kleinen Loch unter dem Schambein entleerten sich Urin, Meconium und Schleim. Bei der Section stellte sich auch ein Mangel der Oeffnungen im knöchernen

Gehörgang heraus. Ferner fand sich ein doppelter Ureter der rechten Seite, der sich 2 cm vom Nierenbecken entfernt vereinigte. Der untere Teil des Darmes fehlt, und der Darm läuft im oberen Teil der Vagina aus. Auf beiden Seiten besteht Pyelonephritis.

Die genauere histologische Untersuchung ergiebt namentlich eine starke Hypertrophie der Musculatur der Blase und läßt auf einen nach der Geburt beginnenden Proceß schließen. Dreyer (Köln).

Balduzzi: **Nefrotomia lombare per pielo-nefrite suppurata ed ascesso perinefritico, di natura piemica.** (Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, No. 31.)

Ein 50 Jahre alter Mann erkrankt an einem Panaritium des rechten Daumens. Acht Tage nach der Incision folgt ein Abceß der linken Achsel. Nach weiteren zehn Tagen hört man an Stelle des ersten Mitraltones ein hauchendes Geräusch, während schon vorher Durchfälle und Schmerzen in der linken Lumbalgegend aufgetreten sind. Als im Verlauf von vier bis fünf Wochen weiße Flocken mit starkem Eitergehalt und Hämoglobin im Urin auftreten und auch nach Abtragung des kranken Daumengliedes noch Oedeme an den Augenlidern und Malleolen, sowie leichtes Lumbalödem hinzukommen, wird auf die Niere eingeschnitten und ein perinephritischer Abceß, sowie Abscesse der Niere und des Beckens entleert. Entgegen dem Verfahren Guyon's wird die Niere nicht an der äußeren Wunde festgenäht. Nach sechs Wochen war vollständige Heilung eingetreten. Obwohl die Niere nur noch ein 2 cm großer Sack war, entschied sich B. für die Nephrotomie wegen der Erfahrung Guyon's, daß solche Nieren zuweilen noch ebensoviel Urin wie ganz gesunde liefern und daß zurückbleibende Fisteln sich noch nach Monaten und Jahren schließen können. Dreyer (Köln).

Dr. M. Frank: **Ueber einen Fall von Dystopie der linken Niere, combinirt mit Uterus unicornis.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 20.)

Es wurde bei einer 30jährigen Frau ein als Adnextumor angesprochener, linksseitiger Tumor constatirt und deshalb die Laparotomie vorgenommen. Als man dabei die linken Adnexe des Uterus aufsuchen wollte, fand man weder Ligamentum latum noch rotundum, ebenso wenig auch Tube und Ovarium. Der Tumor lag wenig beweglich retroperitoneal hinter dem Mesenterium der Flexur und hatte das Rectum nach rechts hinübergedrängt. Es wurde nun ein verticaler Einschnitt in das Peritoneum gemacht und der Tumor an seiner Vorderfläche freigelegt. Derselbe wurde als die Niere erkannt, und zwar durch die rötliche Farbe, und vor Allem durch das Nierenbecken, in welches die Gefäße eintraten. Die Niere lag mit ihrem convexen Rande nach der Medianlinie und unten zu, der concave Rand mit dem Nierenbecken lag nach oben und außen. Die Niere zeigte deutliche Lappung, was den per vaginam gefühlten Furchen entsprach. Ueber die Vorderfläche

der Niere zog der Ureter hinweg. Es wurde die Niere frei präparirt und so gedreht, daß die concave Seite nach der Mittellinie zu sah und die Gefahr einer Knickung des Ureters, die man bei der ursprünglich angetroffenen Lage befürchten mußte, beseitigt war. Dann wurde nach Verlängerung des Bauchschnittes die Niere retroperitoneal, soweit es die Länge des relativ kurzen Ureters gestattete, nach oben an die seitlich hintere Bauchwand geschoben und an der convexen Seite durch drei Catgutsuturen fixirt, so daß die Niere, wenn auch nicht an ihrer normalen Stelle, so doch oberhalb des kleinen Beckens zu liegen kam. Das ursprünglich retroperitoneale Bett der Niere, durch welches der Ureter dahinzog, wurde unter Vermeidung des letzteren mit Catgut vernäht. Der Uterus wurde ventrofixirt.

Immerwahr (Berlin).

Cheyne (London): **Ein Fall von beweglicher dritter Niere.** (The Lancet, 28. Januar 1899.)

Der Fall betraf eine 22jährige Frau, die seit einiger Zeit an unbestimmten Schmerzen im Abdomen, Verdauungsbeschwerden und hysterischen Erscheinungen litt. Wenn die Abdominalschmerzen besonders heftig auftraten, so war auch stets die ausgeschiedene Harnmenge vermindert. Bei der Untersuchung in der Narcose constatirte man rechts unterhalb des Nabels einen irregulär gestalteten, etwas beweglichen Tumor, der mit den Beckenorganen in keinem Zusammenhang zu stehen schien und der, wie sich später ergab, dem Sitz der Schmerzen entsprach. Aus diagnostischen und event. therapeutischen Gründen wurde die Laparatomie ausgeführt. Hierbei fand man den Tumor hinter dem Peritoneum an der rechten Seite der unteren Lendenwirbelsäule liegend und von Fett umgeben. Nach Entfernung desselben präsentirte er sich nach Aussehen, Gestalt und Größe wie eine normale Niere, nur daß er deutlich gelappt war. Die beiden eigentlichen Nieren befanden sich an normaler Stelle und waren von normaler Beschaffenheit. Offenbar waren die Beschwerden durch die etwas bewegliche überzählige Niere, die ihren eigenen Ureter und Blutzufluß hatte, verursacht, zumal sie auch anscheinend einen Druck auf den rechten Ureter ausübte. C. nahm von der Fixirung der überzähligen Niere mittelst Nähte als anscheinend sehr schwer ausführbar Abstand. Er reponirte nur einfach die Niere wieder und schloß die Bauchwunde, in der Hoffnung, daß die Adhäsionen, die sich als Folgen der Manipulationen entwickeln würden, die zur Freilegung der Niere ausgeführt worden waren, zur Fixation der Niere ausreichend sein werden. Hierin hatte man sich auch nicht getäuscht. Denn thatsächlich war Patientin späterhin von den früheren Beschwerden vollkommen befreit.

Loewenthal.

Pendl: **Subcutane Nierenruptur.** (Wiener medicinische Blätter 1899, No. 13.)

P. stellte in der k. k. Ges. der Aerzte in Wien einen Mann vor, bei welchem er wegen einer im September v. J. erlittenen subcutanen Nieren-

ruptur die Exstirpation einer Niere vorgenommen hat. Die Verletzung, welche hauptsächlich den oberen Pol betraf, reichte bis in's Nierenbecken hinein. Am vierten Tage nach der Operation entwickelte sich eine Urinfistel, welche gegenwärtig geheilt ist. Der Hämoglobingehalt war vor der Operation auf 20 pCt. gesunken, gegenwärtig ist er wieder normal.

Immerwahr (Berlin).

Broca: **Néphrostomie pour anurie.** (Le progrès médical 1899, No. 19.)

Eine Frau bekam Anurie. Unter dem Einflusse eines Aderlasses und mehrerer Seruminjectionen verschwand die Anurie für einige Tage, erschien aber bald wieder. Darauf wurde rechts die Nephrostomie gemacht und eine Nierenfistel in der Lumbalgegend angelegt. Die Urämie schwand darauf, und die Patientin lebte noch fünf Monate. Sie starb an einem Uteruscarcinom, welches auch die Anurie verursacht hatte. Die linke Niere war atrophisch.

Immerwahr (Berlin).

Kirmisson: **Sur un cas curieux d'hydronéphrose.** (Le progrès médical 1899, No. 19.)

Ein 12jähriges Mädchen hatte eine linksseitige Hydronephrose. Da das Kind Schmerzen bekam, welche sich nach einer Wagenfahrt steigerten, wurde zuerst an einen Nierenstein gedacht. Es wurde nun zur Operation geschritten; dabei fand man eine Tasche, welche durch die fibröse Nierenkapsel gebildet war, die Niere selbst lag auf dem Grunde der Tasche und enthielt wenig Flüssigkeit. In diesem Falle von Hydronephrose befand sich also die Flüssigkeitsmenge zwischen der Niere und ihrer Kapsel.

Immerwahr (Berlin).

Vignard: **Néphrotomie pour anurie calculeuse.** (Le progrès médical 1899, No. 21.)

Es handelte sich um einen 70jährigen Greis, der seit fünf Tagen anurisch war und seit 36 Stunden urämisch. Die Nephrotomie beseitigte sofort alle urämischen Symptome. Der Harnabgang auf natürlichem Wege erschien erst nach 48 Stunden, nachdem aus dem Ureter ein bohnengroßer Stein abgegangen war.

Immerwahr (Berlin).

Loumeau: **De la suture immédiate du rein après néphrotomie pour anurie calculeuse.** (Le progrès médical 1899, No. 21.)

Die Idee, die Nephrorraphie auszuführen unmittelbar nach der Nephrotomie, kann Einem bei der Mehrzahl der Operirten gar nicht kommen, da dieselben meistens sehr fett sind. Die Tiefe des Operationsfeldes, die enorme Congestion der operirten Niere, die unvermeidliche Alteration des Nierenparenchyms in Folge der langdauernden Anurie, der bedenkliche Allgemeinzustand der Patienten, endlich die Schwierigkeit, die Durchgängigkeit des

Ureters sofort festzustellen, sind alles Gründe, welche gegen eine sofortige Vereinigung des Nierenparenchyms sprechen. Bei zwei Patientinnen waren die Umstände aber so günstig, daß Verf. die Nephrorraphie im unmittelbaren Anschluß an die Nephrotomie mit bestem Erfolg ausführen konnte. Es handelte sich um zwei junge und magere Frauen, bei welchen die Anurie erst seit drei Tagen bestand und bei welchen, nachdem die Steine aus dem Nierenbecken entfernt waren, durch den retrograden Katheterismus die völlige Durchgängigkeit des Ureters festgestellt werden konnte. Bei beiden Operirten heilte die Nierenwunde per primam intentionem, und der Urin floß nicht einen Augenblick durch die Lumbalwunde ab.

Immerwahr (Berlin).

Pousson: **Néphrotomie au douzième jours d'une anurie calculeuse.** (Le progrès médical 1899, No. 21.)

Es handelt sich um einen 69jährigen Mann, der seit langen Jahren Harngries und Steine hatte. Derselbe litt mehrfach an Nierenkoliken auf der rechten Seite und bekam eines Tages im Anschlusse an eine solche eine Anurie. Der Kranke wurde zuerst medicamentös behandelt, und P. sah ihn erst am zwölften Tage. Es bestand vollständige Euphorie, normale Temperatur, Puls eher beschleunigt, keine toxämischen Erscheinungen. Das einzige Symptom war ein allgemeines Anasarca, aber rechts ausgesprochener als links. Am folgenden Tage wurde die Niere incidirt, und man fand in den Kelchen und im Becken vier große Steine von unregelmäßiger Gestalt, aber ohne Ausläufer; diese wurden entfernt und der Ureterenkatheterismus versucht; derselbe gelang aber nicht, und man begnügte sich, die Niere zu drainiren. Drei Stunden nach der Operation ließ der Patient circa 600 g wenig bluthaltigen Urin, und in den folgenden Tagen war die Urinsecretion eine normale. Am vierten Tage stockte die Urinsecretion, und aller Harn ging durch das Drainrohr ab. Diese Verhältnisse bestanden zehn Tage lang, dann wurde der Ureter wieder durchgängig. Der Kranke schien geheilt zu sein, als er an einer hinzugetretenen Infection der Nierenwunde starb. Section wurde verweigert; aber es ist höchst wahrscheinlich, daß die linke Niere congenital fehlte oder nicht functionirte. Die nach der Operation sich einstellende Undurchgängigkeit des Ureters zeigt, wie wichtig es ist, nach der Nephrotomie wegen Anurie in Folge von Nierensteinen die Niere nicht zu nähen; denn in diesem Falle hätte die Naht wieder entfernt werden müssen.

Immerwahr (Berlin).

Fabozzi: **Il ricambio nell' ablazione delle capsule surrenale.** (Giorn. internaz. di Scienze Mediche 1899, 4. Ref. nach Gazz. degli osp. e delle clin. 1899, 31.)

Die Versuche F.'s lehren, daß die gleichzeitige Entfernung der Nebennieren den Tod nach vier Tagen zur Folge hat; wenn die Entfernung dagegen hintereinander geschieht, so braucht der Tod erst nach 25 Tagen

einzutreten. Weibliche Tiere vertrugen den Verlust besser als männliche. Nach Entfernung der Nebennieren tritt eine Verminderung der Oxydationsprocesse und vermehrter Verbrauch von Organsubstanz ein. Außerdem treten wichtige Veränderungen in Leber, Nieren, Milz und Cerebro-Spinalsystem auf. Die Nebennieren üben nach F.'s Versuchen einen regulatorischen Einfluß auf die Vasomotoren aus, wie auch nach Injection von Nebennierensaft eine Erhöhung der Temperatur eintritt. Die Apathie, in welche die Tiere nach der Exstirpation verfallen, rührt von zurückgehaltenen Stoffwechselproducten her. Bei der Autopsie werden subdurale Blutungen gefunden. Auch gegen infectiöse Agentien leisten die Nebennieren einen gewissen Schutz; sie neutralisiren im Organismus kreisende Gifte.

Dreyer (Köln).

Thibierge: **Maladie d'Addison chez un nègre.** (Le progrès médical 1899, No. 9.)

Die Krankheit wurde dadurch bemerkt, daß man Pigmentflecke im Munde des Negers fand. Im Uebrigen war die Hautfarbe des Patienten seit Beginn der Krankheit dunkler geworden. Immerwahr (Berlin).

Dr. Joseph Wiesel: **Ueber Compensationshypertrophie der accessorischen Nebennieren bei der Ratte.** (Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 8.)

Die Ergebnisse seiner zahlreichen experimentellen Untersuchungen faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Die Ratte männlichen Geschlechts besitzt accessorische Nebennieren am Genitale, die keine bloßen functionellen Reste einer entwicklungsgeschichtlich begründeten Bildung sind, sondern nach Ausfall des einen Hauptorgans den dadurch entstandenen physiologischen Defect zum Teil decken können.

2. Die Hypertrophie des accessorischen Organs geschieht bei alleiniger Anwesenheit der Rindensubstanz; sie allein kann in Folge dessen als der wesentliche Bestandteil der Nebenniere angesehen werden.

3. Der wichtigste Teil der Rinde scheint die Zona fasciculata zu sein, da sie immer und regelmäßig in starker Ausbildung beobachtet wird.

4. Beim Wachsthum der accessorischen Nebenniere tritt manchmal eine Zellform auf, welche niemals bei der Nebenniere oder der accessorischen Nebenniere bei unoperirten Tieren zur Beobachtung gelangt; sie scheint eine Uebergangsform darzustellen.

5. Je stärker der Blutreichtum des Genitales, desto schneller wächst und desto stärker entwickelt sich das accessorische Organ.

6. Die Hypertrophie ist blos einseitig, links häufiger als rechts.

7. Die contralaterale Nebenniere kann sich compensatorisch vergrößern, besonders stark dann, wenn keine accessorischen Nebennieren vorhanden sind. Li.

Maurange: **Injections opothérapiques surrénales dans la maladie d'Addison.** (Le progrès médical 1899, No. 16.)

1. Nebennieren vom Meerschweinchen . 0,8
   Aquae fervidae 10,0
   Natrii chlorat.
   Natrii sulfur. . . . . āā 0,07

zu verreiben und 24 Stunden maceriren lassen, dann zu filtriren.

S. 2—5 ccm zur subcutanen Injection.

2. Zerriebene Nebennieren 10,0 sind mit Glycerin 10,0 bei 30° 24 Stunden lang zu maceriren, sodann 5,0 g abgekochtes Wasser, welches pro Liter 25 g Seesalz enthält, hinzuzusetzen. Diese Mischung muß man ½ Stunde maceriren lassen und dann filtriren und sterilisiren unter Kohlensäuredruck. Sodann ist die Flüssigkeit mit der gleichen Menge sterilen Wassers zu verdünnen und ist dann zu subcutanen Injectionen zu verwenden.

Immerwahr (Berlin).

IX. Technisches.

Dr. Oskar Beuttner: **Eine neue Salbenspritze.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 19.)

Je mehr sich die moderne Gynäkologie mit den Erkrankungen der Urethra und der Blase befaßt, desto mehr muß auch das zur rationellen Behandlung nötige Instrumentarium vervollkommnet werden. Um allen Mißständen der Tommasoli'schen Salbenspritze abzuhelfen, hat Verf. eine neue Salbenspritze construirt; dieselbe, vollständig aus Metall gearbeitet, besteht aus dem Ausführungsrohr, dem Salbenbehälter, dem durchbohrten Cylinder und dem den Cylinder durchdringenden Kolben. Der Cylinder wird aus dem Salbenbehälter herausgezogen und sämtliche Teile in siedendem Wasser sterilisirt. Hierauf wird mit dem umgekehrten Teil einer durch die Flamme gezogenen Pincette Salbe in den Behälter gebracht und der Cylinder vollständig in diesen hineingepreßt, wodurch sich das Ausführungsrohr ganz füllt. Der graduirte Kolben wird nun „strichweise" vorgedrängt. Ist alle Salbe herausgestrichen worden, so füllt die Kolbenstange das Ausführungsrohr vollständig aus, so daß absolut kein toter Raum mehr besteht, in den die Salbe ausweichen könnte. Zur gründlichen Reinigung wird das Ausführungsrohr abgeschraubt.

Immerwahr (Berlin).

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Beitrag zur Casuistik der aussergewöhnlichen Localisationen der allgemeinen Syphilis. Zwei Fälle von syphilitischer Cystitis.

Von

Dr. **G. N. Griwzow** in Sebastopol,
dirigirender Arzt der 30. Flottenequipage.

Heutzutage zweifelt natürlich kein Arzt mehr daran, daß jedes Organ des menschlichen Körpers sowohl von condylomatösen, wie auch von gummösen Syphiliserscheinungen betroffen werden kann, ebenso wie es jedem Arzt auch bekannt ist, daß das primäre syphilitische Geschwür ubiquitär ist, daß es „vom Scheitel bis zur Sohle" gefunden werden kann. Da jedoch sowohl der Eintritt des syphilitischen Giftes in den Organismus, wie auch der Ausbruch der allgemeinen Syphilis an gewissen Prädilectionsstellen des menschlichen Organismus stattfindet, so werden die übrigen Gebiete des menschlichen Körpers als Localisationsstellen der Syphilis fast vollkommen ignorirt, und das wirkt selbstverständlich in sehr ungünstiger Weise auf den Verlauf und Behandlung der Krankheit zurück, da der eigentliche Character der Erkrankung des Organs vom Arzt nicht erkannt wird. So wird sich jetzt beispielsweise bezüglich der Localisation des primären syphilitischen Geschwürs im Rachen kein Arzt im negativen Sinne aussprechen, wie es noch vor 2—3 Jahrzehnten der Fall gewesen ist, zu einer Zeit, wo selbst ein so hervorragender Forscher, wie Velpeau, den Rachenschanker vollkommen leugnete. Aber auch jetzt kommen noch häufig diagnostische Irrtümer im Sinne nicht rechtzeitiger Feststellung von syphilitischem Schanker im Rachen oder im Sinne von Verwechselung desselben mit ganz anderen pathologischen Processen, wie Diphtherie, maligne Neubildung (Carcinoma) u. s. w. vor. Diese Irrtümer werden viel weniger durch die sich darbietenden differential-diagnostischen

Schwierigkeiten, als dadurch bedingt, daß das Rachengebiet als Localisationsstelle des primären syphilitischen Affectes noch immer nicht allgemein anerkannt wird; man fahndet in diesem Gebiet in Folge dessen entweder sehr wenig nach einem syphilitischen Schanker, oder man deutet einen im Rachen entdeckten ulcerösen Proceß in allerletzter Linie als solchen syphilitischen Ursprungs. Dasselbe, vielleicht noch in viel höherem Grade, kann man in Bezug auf eine ganze Reihe von verschiedenen Gebieten und Organen des menschlichen Körpers sagen, deren Ingnorirung als Localisationsstätten der allgemeinen Syphilis so weit gehen, daß selbst in angesehenen Speciallehrbüchern der Syphilis bezüglich mancher Organe und Gebilde nicht die geringste Erwähnung gethan wird, daß sie von der Syphilis betroffen werden können. So wird beispielsweise, selbst in den größten Kapitalwerken über Syphilis, von einer syphilitischen Affection der Pleura nichts gesagt, und doch kommen Fälle von syphilitischer Pleuritis zweifelllos vor, und zwar selbst im frühen Stadium der Syphilis, wie es in der Klinik von Prof. Sacharjin constatirt und vor einigen Jahren von einem seiner Assistenten beschrieben worden ist. Diese Fälle (mehrere an der Zahl), die von dem betreffenden Assistenten ziemlich ausführlich beschrieben worden sind, bilden in der medicinischen Litteratur, soweit dieselbe mir bekannt ist, ein Unicum, denn es verlautet von dieser Localisation der Syphilis sonst nirgends mehr.

Wenn wir nun die syphilitische Affection des Magendarmtractus in Betracht ziehen, so finden wir auch darüber äußerst geringe Angaben in der Fachlitteratur, namentlich in Bezug auf die Frage der condylomatösen Syphiliserscheinungen. In den Lehrbüchern und Abhandlungen über Syphilis wird nämlich bezüglich der Gastritiden und Gastroenteritiden als specifischer Erscheinungen des condylomatösen Syphilisstadiums nur nebenbei bemerkt, daß solche Erscheinungen bei Syphilitikern bisweilen, aber äußerst selten beobachtet werden, rasch vorübergehen und keine speciellen, der Syphilis eigentümlichen klinischen Erscheinungen darbieten. Mit diesen wenigen Worten ist die ganze Beschreibung des klinischen Bildes der condylomatösen Affection des Magendarmcanals abgethan. Dagegen sind unsere Kenntnisse der gummösen Affectionen dieses Tractus etwas vollständiger, da selbst über die anatomischen Veränderungen, welche von dem gummösen Proceß im Magendarmcanal herbeigeführt werden, berichtet wird. So wird darauf hingewiesen, daß im Magendarmcanal multiple, runde, von fibrinösem Gewebe umgrenzte, mehr oder minder tiefe Ulcerationen als Folgen gummöser Geschwülste, d. h. regressiver Metamorphose dieser Producte und deren Elimination angetroffen werden.

Was das klinische Bild dieser Affectionen betrifft, so werden direct einige characteristische Merkmale derselben hervorgehoben, welche die Möglichkeit geben, den specifischen Character dieser Affection rechtzeitig zu erkennen. So sind nach Andral und anderen Autoren bei einem Patienten mit Syphilis in der Anamnese hartnäckige, sich gegenseitig abwechselnde Obstipationen und Diarrhoen mit andauernden blutigen Entleerungen, welche von heftigen Coliken begleitet werden, bei fortschreitender allgemeiner Abmagerung, Bleifärbung der Hautdecken und absoluter Unwirksamkeit der gewöhnlichen Behandlungsmethoden als Zeichen zweifelloser gummöser Affection des Darmtractus zu deuten, was in der äußerst günstigen Wirkung der specifischen Jodquecksilberbehandlung gewöhnlich auch Bestätigung findet. Wenn wir die in der Litteratur vorhandenen Angaben über Syphilis des Magendarmcanals zusammenfassen, so kommen wir zu dem allgemeinen Schluß, daß bezüglich des condylomatösen Stadiums der Syphilis dieses Gebietes nichts bekannt ist, während bezüglich des gummösen Syphilisstadiums nur Angaben über vollkommen ausgesprochene Fälle vorhanden sind. Das will soviel sagen, daß auch dieses Gebiet der visceralen Syphilis sehr wenig erforscht ist.

Zu den noch wenig erforschten Gebieten der visceralen Syphilis gehören auch die syphilitischen Affectionen der Harnorgane, namentlich die der Harnblase. Lancereaux äußert sich in dieser Hinsicht sehr vorsichtig, und zwar sagt er, daß man, von der Aehnlichkeit des anatomischen Baues der Harn- und Luftwege ausgehend, nur annehmen kann, daß analog den syphilitischen Veränderungen in den Luftwegen auch solche in den Harnwegen auftreten können; speciell in Bezug auf die syphilitische Affection der Harnblase giebt er dem Gedanken Ausdruck, daß dieselben, wenn sie auch existiren, uns fast unbekannt sind. In der That, abgesehen von dem vollständigen Fehlen (sowohl in den speciellen Lehrbüchern, wie auch in den medicinischen Fachblättern) von Beschreibungen klinischer Fälle aus diesem Gebiet der visceralen Syphilis, hat auch die pathologische Anatomie in dieser Richtung uns bis jetzt zu wenig Material gegeben, als daß dieses wichtige Gebiet der Syphilispathologie erforscht werden könnte. Und in der That, welche pathologisch-anatomische Kenntnisse über die syphilitische Cystitis stehen uns gegenwärtig zur Verfügung? Nur die denkbar oberflächlichsten und knappen. So erwähnt Virchow bei der Besprechung der allgemeinen Syphilis der Harnorgane die syphilitischen Affectionen der Harnblase nur ganz nebenbei. Er sagt nur, daß er Fälle gesehen hat, in denen syphilitische Ulcerationen und Narben in der Harnblase zu beobachten waren. Dann thut er noch der von ihm beobachteten,

durch Syphilis bedingten Hypertrophie und Atrophie der Harnblasenwände Erwähnung. Damit sind alle pathologisch-anatomischen Angaben erschöpft, die wir selbst in den Werken eines so hervorragenden Forschers, wie Virchow, finden konnten. Die französischen Autoren haben zu dieser Frage bis jetzt noch weniger beigetragen. Follin beschrieb einen Fall von syphilitischer Affection der Harnblase, über den er in der biologischen Gesellschaft unter Demonstration des betreffenden Harnblasenpräparates berichtet hatte. Dieser Fall ist aber wenig beweisend. Wie aus der Beschreibung zu ersehen ist, wurde nämlich auf der Harnblasenschleimhaut die Anwesenheit eines ganzen Dutzends kleiner, linsengroßer Geschwülste constatirt, welche 1 mm über die Oberfläche der Schleimhaut erhaben waren und große Aehnlichkeit mit den auf den Schamlippen entstehenden Schleimpapeln darboten; daneben bestanden syphilitische Affectionen anderer Organe, und zwar Perforation des Gaumensegels und Zerstörung des harten Gaumens. Nichtsdestoweniger vermochte Follin keine genaueren und zuverlässigeren Beweise für die syphilitische Natur der oben erwähnten Veränderungen der Harnblase zu erbringen, und so läßt sich mit Bestimmtheit schwer sagen, welcher Natur die Affection der Harnblase im vorliegenden Falle war. Was Lancereaux und die übrigen hervorragenden französischen Autoren betrifft, so geben sie sich in der Frage der syphilitischen Cystitis, ohne sich in irgend welcher Weise bestimmt auszusprechen, vollständigem Scepticismus hin. „Wir glauben nicht, sagt Lancereaux, daß man als syphilitische Affection die geringe Verdickung der Harnblasenwand deuten kann, welche im Falle Virchow's, sowie in anderen Fällen constatirt wurde, in denen gleichzeitig Ulcerationen der Urethra und Narben in der Harnblase bestanden haben. In manchen Fällen wurden Hypertrophie und Atrophie der Harnblasenwände angeführt: jedoch fehlte der positive Beweis, daß dieselben eben syphilitischen Ursprungs waren."

Was schließlich die russische Litteratur der angeregten Frage betrifft, so müssen wir gestehen, daß sie, ohne ärmer als die ausländische zu sein, immerhin ebenso arm ist, wie diese letztere. In der letzten Auflage seines Lehrbuches der venerischen Krankheiten äußert sich Prof. Ge bei Besprechung der visceralen Syphilis nur dahin, daß kein Organ des menschlichen Körpers von der Eventualität einer syphilitischen Erkrankung ausgeschlossen ist, daß aber die Symptome der Syphilis noch so dunkel sind, daß man in der Mehrzahl der Fälle zu Lebzeiten des Patienten die syphilitische Natur der Erkrankung nicht festzustellen vermag. In der weiteren Erörterung dieser Frage geht Ge ausführlich nur auf die Syphilis des Gehirns und des Nervensystems ein, während

er die Syphilis der Harnorgane und speciell die der Harnblase nicht mit einem Wort erwähnt. Selbst ein so bekannter Syphilidologe, wie Prof. Tarnowski, hat, wie er in seinem Lehrbuch der venerischen Krankheiten berichtet, nur ein einziges Mal Gelegenheit gehabt, Syphilis der Harnblase zu beobachten. In Anbetracht dessen, daß die syphilitische Natur der Harnblasenaffection in diesem Falle außer Zweifel stand, halte ich es für angebracht, denselben wörtlich mitzuteilen:

„Im Jahre 1862 hatten wir Gelegenheit, syphilitische secundäre Ulcerationen auf der Schleimhaut der Harnröhre und der Harnblase bei einem vierjährigen Kinde zu beobachten, welches die Krankheit per os acquirirt hatte. Die Krankheit wurde längere Zeit als Scrophulose, dann als impetiginöses Ekzem etc. gedeutet. In unsere Abteilung wurde das Kind in schrecklichem Zustande gebracht. Nässende Papeln bedeckten abwechelnd mit Ecthyma buchstäblich den ganzen Körper. Die Mund- und Rachenschleimhaut war mit Ulcerationen und Schleimpapeln, welche von einander durch tiefe Risse getrennt waren, bedeckt. Das Kind war äußerst abgemagert, schnarchte, atmete schwer und aß nichts. Es wurden sofort Abwaschungen mit Sublimatlösung, Wannenbäder, Bestreuung der nässenden Papeln mit Calomel etc. verordnet. Am vierten Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus wurde bemerkt, daß das Kind bei jedesmaligem Harnlassen sehr unruhig ist und immer Schmerzen im Gebiet der Genitalien klagt. Bei der Untersuchung fand man das Präputium bedeutend geschwollen, gerötet, die Harnröhre indurirt und bei Berührung schmerzhaft. Aus der Oeffnung des Präputialsackes entleerte sich eine gelblich-grünliche, eitrige Flüssigkeit. Die Secretion hielt trotz mehrerer Ausspülungen mit Kamilleninfus hartnäckig an; ebenso wenig Erfolg hatten die darauf applicirten Ausspülungen mit Höllensteinlösung. Gleichzeitig verschlimmerte sich der allgemeine Zustand des Kindes immer mehr und mehr. Es stellte sich Diarrhoe ein, die Atmung wurde immer schwerer und schwerer und am elften Tage des Krankenhausaufenthaltes starb das Kind. Bei der Section fand man die Schleimhaut der Harnröhre und der Harnblase mit syphilitischen Ulcerationen bedeckt. Der Hautüberzug der Glans penis und das innere Blatt des Präputiums waren vollkommen gesund. Prostata, Samenblasen, Vasa deferentia und Hoden waren normal; Rachen und Kehlkopf mit teilweise ulcerirten Schleimpapeln bedeckt; syphilitische Leber; Hepatisation der linken Lunge. Gehirn und Gehirnhäute boten bis auf unbedeutendes Oedem nichts Abnormes dar.“

Mit diesen spärlichen Angaben ist Alles erschöpft, was wir in der russischen Litteratur über die Syphilis der Harnblase finden können. Wir sehen also, daß die sowohl aus den ausländischen, wie auch aus den russischen Quellen zu schöpfenden Kenntnisse des klinischen Bildes und der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei syphilitischer Affection der Harnblase äußerst gering sind. Und doch muß dieser pathologische Zustand der Harnblase selbstverständlich auf den ge-

samten Organismus des Kranken ernstlich zurückwirken; eine rechtzeitige Feststellung der Natur der Erkrankung dürfte also im gegebenen Falle von hoher Bedeutung sein, insofern, als dann durch die rechtzeitig eingeleitete Therapie der syphilitische Proceß in seiner Fortentwicklung aufgehalten und dadurch sein verderblicher, nicht selten zum Tode führender Einfluß auf den Gesamtorganismus beseitigt werden kann. Ich glaube, daß die ungünstigen Resultate, welche bei der Behandlung derartiger Harnblasenaffectionen erzielt werden, in manchen Fällen eben entweder durch verspätete Feststellung des Characters des Krankheitsprocesses oder überhaupt durch falsche Diagnose bedingt werden, ganz besonders dadurch, daß die Möglichkeit einer syphilitischen Affection der Harnblase gar nicht in Betracht gezogen wird. Ich stelle natürlich die Thatsache nicht in Abrede, daß bisweilen die Therapie der Harnblaseninfection trotz richtig gestellter Diagnose doch unwirksam bleibt und daß dieser Mißerfolg vielleicht einfach auf die mangelhafte Kunst des Arztes zurückzuführen ist; andererseits glaube ich, auf Grund eigener Erfahrung mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen zu können, daß auch solche Fälle von Cystitis vorkommen können, in denen die Krankheitsursache ausschließlich in der Syphilis gelegen ist, welche aus irgend welchen Gründen die Harnblase als Localisationsstätte gewählt hat. Der Arzt denkt nun längere Zeit, bisweilen während der ganzen Behandlungsdauer, nicht an die eigentliche Ursache der Erkrankung und verordnet nicht die in solchen Fällen so dringend erforderliche specifische Therapie, welche einzig und allein Heilung des Patienten herbeiführen kann.

Aus den obigen Ausführungen ist deutlich zu ersehen, daß derartige Cystitiden unter allen Umständen eine äußerst seltene Erscheinung sind. Ich entschließe mich daher, der Aufmerksamkeit der Collegen zwei derartige Fälle zu unterbreiten, welche ich in meiner Privatpraxis beobachtet habe, und bezüglich derer ich offen gestehen muß, daß die syphilitische Natur der Erkrankung vollkommen zufällig entdeckt wurde, und zwar dank einer besonders günstigen Combination der klinischen Symptome. Bei der Schilderung dieser zwei Fälle werde ich in Anbetracht der Seltenheit derselben bestrebt sein, deren sämtliche Details und sämtliche klinische Eigentümlichkeiten mit möglichster Genauigkeit wiederzugeben. Meine Fälle sind folgende:

1. Fall. Anfang Januar 1895 erschien bei mir eine 42jährige Frau von ziemlich gutem Körperbau und Ernährungszustande, mit normaler Farbe der Haut und der Schleimhäute. Sie gab an, vor 20 Jahren eine croupöse Lungenentzündung überstanden zu haben. Die Eltern der Patientin erfreuen sich bis jetzt einer vorzüglichen Gesundheit,

desgleichen die Geschwister. Außer der croupösen Pneumonie überstand die Patientin vor ungefähr zehn Jahren mehrmals Rheumatismus der Gelenke und Knochen und zweimal Erkältungsangina; das erste Mal war die Angina von Erythem des ganzen Körpers begleitet, das ungefähr zwei Monate anhielt. Wegen dieser Affectionen wurde die Patientin mit Quecksilbereinreibungen behandelt. In den letzten drei Jahren stellten sich bei der Patientin scheinbar ohne jegliche Ursache allmählich verschiedene Störungen im Gebiete des Harntractus ein, welche sich bald in häufigem Harndrang, bald in Schmerzhaftigkeit der Harnentleerung, bisweilen sogar in Harnverhaltung äußerten. Die wiederholte, von Gynäkologen ausgeführte Untersuchung der Genitalsphäre der Patientin förderte bei derselben gar keine gynäkologischen Affectionen zu Tage; vielmehr fanden die Gynäkologen, wie die Patientin sagte, in der Genitalsphäre Alles „an richtiger Stelle"; auch behauptete die Patientin, niemals Spuren von Weißfluß bei sich bemerkt zu haben. Auf meine Frage, ob sie Kinder hatte, antwortete die Patientin unter Hinweis darauf, daß sie unverheiratet ist, verneinend. Sämtliche Aerzte, welche die Patientin früher behandelt haben, diagnosticirten bei derselben chronischen Catarrh der Harnblase und führten ihn auf Erkältung des Unterleibes zurück, da die Patientin sich bisweilen zu leicht kleidete und in dieser Beziehung überhaupt höchst unvorsichtig handelte; so pflegte sie manchmal bei strenger Winterkälte ihre warmen Beinkleider und Röcke abzulegen, welche sie zu tragen gewöhnt war. Unter solchen Umständen wurde die Patientin innerhalb $2^1/_2$ Jahren durch mehrere Aerzte der bei Cystitis üblichen allgemeinen und localen Behandlung unterworfen, aber, wie die Patientin behauptete, ohne jeglichen Erfolg. Wenn sich der trübe Harn manchmal auch aufhellte, so blieben die subjectiven Erscheinungen stets in statu quo, was die Patientin schließlich veranlaßte, mich zu consultiren. Nach Feststellung der oben erwähnten anamnestischen Daten und Bezug nehmend auf die erwähnten subjectiven Erscheinungen, habe ich die Patientin bezüglich der Genitalsphäre einer sorgfältigen objectiven Untersuchung unterworfen, indem ich in diesem Gebiete nach einem Anhaltspunkte zur Erklärung der vorliegenden Erkrankung suchte. Es wurde dabei Folgendes festgestellt: Orificium urethrae externum normal gefärbt und nicht geschwollen, bei von Seiten der vorderen Vaginalwand auf die Urethra ausgeübtem Druck und selbst bei starkem Aufdrücken des Fingers auf denjenigen Teil der unteren Urethralwand, in der die von Skene und Schüller beschriebenen Schleimdrüsen gelagert sind, erfolgte auch nicht die geringste Secretion; die secretorische Thätigkeit dieser Drüsen war somit nicht nur nicht gesteigert, sondern eher herab-

gesetzt. Die Besichtigung der Vulva ergab auch nicht die geringsten Anzeichen von Vulvitis; weder auf den kleinen, noch auf den großen Schamlippen, noch auf der Caruncula myrtiformia waren Erscheinungen von Hyperämie, von Oedem und Erosionen zu sehen; ebenso waren die Follikel der Vulva nicht im mindesten entzündet. Die weitere Untersuchung der Genitalsphäre (diese Untersuchung bot übrigens auch nicht die geringsten Schwierigkeiten, da die Patientin, wie es sich herausstellte, nicht nur keine Puella intacta war, sondern, wie es nach dem Fehlen des Hymens, nach dem Zustande des Orificium vaginalis uteri und nach der fast bis zum Mastdarm reichenden Dammnarbe zu urteilen war, geboren haben mußte) ergab, daß auch die Vagina vollkommen normal war; auf der Vaginalschleimhaut war nichts von pathologischem Secret, von Papillenhypertrophie zu sehen; ebenso war die Empfindlichkeit der Vaginalschleimhaut nicht im mindesten gesteigert, da selbst die Einführung eines Spiegels in die Vagina vollkommen leicht und schmerzlos von Statten ging. Der Uterus war ebenfalls vollkommen normal, sowohl bezüglich seiner Lage, wie auch bezüglich der Schleimhaut des Gebärmuttermundes und des Canals des Gebärmutterhalses; namentlich der Gebärmuttermund zeigte sich bei der Spiegeluntersuchung nicht im mindesten hyperämirt und gelockert, aus dem Canal des Gebärmutterhalses entleerte sich weder klebriger Schleim, noch eiterähnliche Flüssigkeit; auf den Lippen des Muttermundes waren keine Erosionen zu sehen. Bei Palpation des Unterleibs empfindet die Patientin oberhalb des Schambogens einen leichten Schmerz, welcher sich teilweise auf den Damm ausbreitet; gleichzeitig ergiebt diese Palpation in Verbindung mit der Percussion ziemlich deutlich zwei Finger oberhalb des Schambogens eine ziemlich derbe, kugelförmige Geschwulst; dieselbe Geschwulst fühlt man auch bei der Untersuchung per vaginam. Nach dem Harnlassen verringert sich der Umfang der Geschwulst nur ganz unbedeutend; der Harn ist trübe, von braunroter Farbe mit reichlichem Niederschlag. Der Harnniederschlag bestand nach der mehrmals vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung aus einer Menge größerer Blasenepithelzellen, aus einer bedeutenden Quantität Schleim und einer geringen Anzahl von Eiterelementen und etwas veränderten roten Blutkörperchen und aus einer geringen Quantität Krystalle, Urate und Phosphate. Die Reaction des Harns war in der überwiegenden Mehrzahl der genommenen Proben schwach alkalisch, der frisch gelassene Harn hatte fast gar keinen Ammoniakgeruch. Gonokokken und Tripperfäden wurden im Harnniederschlag nicht gefunden. Die Untersuchung der Harnblase mittelst Sonde ergab, daß in derselben keine Concremente vorhanden waren.

Auf Grund obigen Ergebnisses der objectiven Untersuchung mußte angenommen werden, daß bei der Patientin zweifellos ein chronischer Catarrh der Harnblase bestand, daß derselbe aber weder durch Tripperinfection, noch durch Blasenconcremente bedingt war; desgleichen konnte auf Grund des befriedigenden Allgemeinzustandes der Patientin bei so langem Bestehen der Krankheit mit großer Wahrscheinlichkeit eine tuberculöse Affection der Harnblase ausgeschlossen werden. Ebenso wenig konnte die Cystitis als solche carcinomatösen Ursprungs gedeutet werden, da in den benachbarten Organen carcinomatöse Geschwülste nicht vorhanden waren und primäres Carcinom der Harnblase bekanntlich zu den größten Seltenheiten gehört. Bezüglich der Aetiologie der Cystitis mußte man also zunächst der Ansicht der früheren Aerzte beistimmen, d. h. die Cystitis auf Erkältung zurückführen. Nachdem ich also die Diagnose auf idiopathische Cystitis gestellt hatte, habe ich ebenso wie die früheren Aerzte die Patientin der üblichen Behandlung mit Ausspülungen der Harnblase mit verschiedenen, sowohl desinficirenden, sowie auch adstringirenden Lösungen unterworfen; ich verordnete ihr außerdem innerlich Borschomwasser und nachträglich Essentuki No. 17; ich empfahl ferner in Anbetracht der bestehenden Harnblasenerweiterung das Tragen einer elastischen Unterleibsbinde und ließ die Patientin zeitweise bald ganze, bald halbe laue Wannenbäder nehmen.

Alle diese Maßnahmen haben selbst nach einer Anwendungsdauer von mehr als $3^1/_2$ Monaten keine wesentlichen Resultate ergeben: sowohl die subjectiven, wie auch die objectiven Cystitissymptome blieben fast in statu quo. Unter diesen Umständen habe ich nochmals eine objective Untersuchung der Patientin vorgenommen. Ich beschränkte mich aber jetzt nicht mehr, wie früher, auf die Genitalsphäre allein und dehnte die Untersuchung auf den Gesamtorganismus der Patientin aus, um event. auf diesem Wege zu irgend einem Anhaltspunkt für die Aetiologie der dunkelen Blasenaffection za kommen. Die Untersuchung ergab nun Folgendes: Bedeutende Empfindlichkeit im Epigastrium und im Gebiet des rechten Rippenbogens, welche sich bei stärkerem Druck steigerte; im rechten Leberlappen waren deutlich einige kleinere Höcker zu fühlen, von denen der eine besonders deutlich ausgesprochen war; der rechte Leberlappen ragte um mehr als zwei Fingerbreiten aus dem Rippenbogen hervor; der linke Lappen war nach dem Ergebnis der Percussion fast ganz atrophirt. Die am rechten Leberlappen palpirten Knoten waren von ziemlich derber Consistenz und scharf umgrenzt. Während der Atembewegungen konnte man das Bestehen von Verwachsungen zwischen Leber und Bauchwand feststellen; dabei nicht die geringsten

Anzeichen von Ascites und Icterus. Die subcutanen Venen des Abdomens waren nicht im mindesten erweitert. Untere Extremitäten nicht ödematös. Der oben erwähnte Schmerz im rechten Rippenbogen tritt nach Angaben der Patientin schon seit längerer Zeit periodisch und spontan auf, ist aber sehr schwach ausgesprochen und strahlt nach dem rechten Arm nicht aus; zeitweise, namentlich in der Exacerbationsperiode des Schmerzes, stellen sich Verdauungsstörungen ein, hauptsächlich in Form von Diarrhoe, bisweilen nur in Form von Uebelkeit und Erbrechen. Sämtliche Erscheinungen von Seiten der Leber und des Magendarmcanals hatten sich fast gleichzeitig mit den Störungen in der Urogenitalsphäre eingestellt, wenngleich die Patientin nicht mit Bestimmtheit anzugeben vermochte, in welchem Gebiet die pathologischen Erscheinungen früher aufzutreten begonnen hatten, d. h. ob zuerst die Harnblasenbeschwerden und dann der Schmerz im Rippenbogen und die Störungen von Seiten des Magendarmcanals eingetreten waren oder umgekehrt. Außer diesen bei der zweiten allgemeinen Untersuchung erhaltenen Daten wurden auch unbedeutende allgemeine indolente Adenitis und eine kleine, eingezogene, pigmentirte und etwas infiltrirte Narbe im Gebiet der unteren Lippencommissur festgestellt. Die übrigen Organe boten nichts Abnormes.

Ohne mich nun vorläufig in Betrachtungen über die Wechselbeziehungen zwischen der Leberaffection und bestehender Erkrankung der Harnblase wegen mangelhafter Anhaltspunkte einzulassen, konnte ich zunächst in Anbetracht der Vergrößerung des rechten und Atrophie des linken Leberlappens, sowie in Anbetracht der derben Höcker auf der Leberoberfläche, der schwachen Reaction von Seiten des Gesamtorganismus, des außerordentlich langsamen Verlaufs der Krankheit und der übrigen oben erwähnten characteristischen Symptome mit absoluter Sicherheit eine syphilitische Affection der Leber, und zwar Hepatitis syphilitica gummosa annehmen, welche Diagnose in der Anamnese sowohl, wie auch in der bei der Patientin vorgefundenen alten Narbe an der Lippencommissur und in den Spuren allgemeiner indolenter Adenitis Bestätigung fand.

Da nun die Diagnose auf Syphilis der Leber gestellt wurde und die Patientin mich nun dringend bat, ich möchte sie doch wenigstens von dieser Krankheit, durch deren lästige Erscheinungen sie gleichfalls häufig gepeinigt werde, befreien (die Behandlung der Cystitis sollte wegen der vollständigen Aussichtslosigkeit einstweilen eingestellt werden), habe ich es nicht verabsäumt, eine specifische Behandlung in combinirter Form, d. h. intramusculäre Injectionen von salicylsaurem Quecksilber in die Glutäalgegend und gleichzeitig große Dosen von Jodkalium

innerlich einzuleiten; die Ausspülungen der Harnblase wurden eingestellt. Unter dem Einfluß dieser specifischen Behandlung, welche mit Unterbrechungen zehn Monate fortgesetzt wurde, gingen die subjectiven Erscheinungen von Seiten der Leber und des Magendarmcanals vollkommen zurück, während die objectiven Veränderungen der Leber nur noch in äußerst geringem Maße zurückgeblieben waren: so konnte man jetzt selbst an der Stelle des großen Höckers nur Spuren von Rauheit der Leberoberfläche wahrnehmen; die übrigen Knoten waren vollständig verschwunden, ebenso wie die bestandenen Uebelkeit und Erbrechen. Ungefähr in der Mitte der specifischen Behandlung erklärte mir die Patientin eines Tages, es wolle ihr scheinen, als ob die Harnbeschwerden gleichfalls nachzulassen begonnen hätten, da die Schmerzen beim Harnlassen sich verringert hätten, der Harn nach ihrer Meinung etwas heller und auch die Geschwulst der Harnblase etwas geringer geworden sei. Um den siebenten Monat der specifischen Behandlung erklärte die Patientin ganz bestimmt, daß ihre Genitalsphäre nunmehr ganz normal sei, daß sie buchstäblich gar keine unangenehmen Empfindungen in dieser Sphäre mehr verspüre und der Harn ebenso rein und hell sei, wie vor der Erkrankung der Harnblase. Durch diese Mitteilung war ich nicht wenig überrascht, da ich bei der Einleitung der specifischen Behandlung fast ausschließlich die Affection der Leber im Auge hatte und an eine günstige Beeinflussung der Harnblasenaffection durch diese Behandlung nicht einmal dachte. Allerdings waren für mich die Angaben der Patientin allein nicht maßgebend genug, und ich ordnete in Folge dessen eine mikroskopische Untersuchung des Harns an. Diese Untersuchung, welche sowohl hier in Sebastopol, als auch einige Zeit darauf in Odessa ausgeführt wurde, ergab in der That, daß während der specifischen Behandlung eine äußerst auffallende Besserung in der Zusammensetzung des Harns eingetreten ist: die roten Blutkörperchen waren ganz verschwunden, Eiterzellen waren nur in geringer Anzahl vorhanden, große Harnblasenepithelzellen waren zwar in etwas größerer Anzahl anwesend, aber im Allgemeinen in geringer Quantität; von schleinigem Secret waren nur Spuren zu sehen. Was die physikalischen Eigenschaften des Harns betrifft, so war der Harn fast vollkommen durchsichtig und im Vergleich zu dem, wie er vor Beginn der specifischen Behandlung aussah, nicht mehr wieder zu erkennen. Beim Stehen gab der Harn nur einen äußerst geringen Niederschlag. Vor der Abreise der Patientin aus Sebastopol, d. h. zehn Monate nach Beginn der specifischen Behandlung, fand man im Harn nur einige Exemplare von Harnblasenepithel, die Geschwulst oberhalb der Symphyse war fast vollkommen verschwunden. Das weitere Schicksal der Patientin

ist mir unbekannt, da die Patientin, mit den erzielten Resultaten über und über zufrieden, in ihre im fernen Norden gelegene Heimat zurückkehrte.

Ohne auf die Frage einzugehen, inwiefern die gelegentlich der Behandlung der Leberaffection erzielte Besserung des Blasenleidens von Dauer sein würde, glaube ich auf Grund des gesamten Curriculum morbi: der hartnäckigen, sämtlichen therapeutischen Maßnahmen trotzenden Cystitis, der zweifellos bestehenden syphilitischen gummösen Hepatitis und schließlich der äußerst günstigen, allmählich eintretenden Wirkung der specifischen Behandlung auf die Cystitis, welche durch dieselbe fast vollständig geheilt wurde, annehmen zu können, daß in dem mitgeteilten Falle zwischen der Harnblasenaffection und der Syphilis ein ätiologischer Zusammenhang bestanden und daß hier somit die äußerst seltene Form der visceralen Syphilis, und zwar syphilitische Cystitis vorgelegen hatte.

Im Anschluß an die Beschreibung des obenstehenden Falles glaube ich, auf einige, von mir bemerkte differential-diagnostische Merkmale hinweisen zu müssen, welche, wie mir scheint, bei Bestimmung der eventuellen syphilitischen Natur einer Blasenaffection bis zu einem gewissen Grade als Richtschnur dienen könnten. Das erste dieser Merkmale ist die schwache Reaction des Gesamtorganismus trotz der ziemlich ausgesprochenen objectiven Erscheinungen von Seiten der Harnblase und trotz der langen Dauer der Krankheit. Das zweite, für die syphilitische Cystitis eigentümliche Unterscheidungsmerkmal ist das Vorherrschen der desquamativen Erscheinungen über die entzündlichen Erscheinungen in der Harnblase, was aus dem oben mitgeteilten Ergebnis der mikroskopischen Harnuntersuchung hervorgeht: es prävalirten nämlich die Zellenelemente des Blasenepithels über die Eiter- und rote Blutkörperchen. Eine fernere, für die syphilitische Cystitis characteristische Erscheinung ist der geringe Grad der Harnzersetzung trotz des längeren Bestehens der Blasenaffection; dann kommt die Anwesenheit der übrigen syphilitischen Erscheinungen, welche die Blasenaffection begleiteten, in Betracht und schließlich die auffallend günstige Wirkung der antisyphilitischen Kur neben der fast vollkommenen Erfolglosigkeit der üblichen Cystitisbehandlung.

2. Fall. Mitte März 1896 erschien bei mir ein 30jähriger junger Kaufmann, der sich im Zustande höchster Aufregung und Bestürzung befand und mir mitteilte, daß er am vorhergehenden Tage Abends von einem äußerst eigentümlichen und unangenehmen Ereignis überrascht wurde, welches ihn ganz entmutigte. Dieser außergewöhnliche, den

Patienten so beunruhigende Casus bestand, wie aus seiner Erzählung zu entnehmen war, darin, daß er beim Anstecken einer Cigarette plötzlich die Wahrnehmung machte, daß ihm das Rauchen auf einmal unmöglich geworden ist; es stellte sich nämlich bei jedem Zuge äußerst lästiges Kitzeln im Halse ein, sowie fast unaufhörliches Nießen, über welches die anwesenden Personen höchst erstaunt waren; als er, dem Rate dieser letzteren folgend, etwas Wasser trank, um sich, wie er sagte, den Hals durchzuspülen, bemerkte er zu seinem Schrecken, daß das Wasser seinen Weg durch die Nase nahm und sich wieder in das Glas ergoß; dieses Malheur brachte ihn nun ganz aus der Fassung und veranlaßte ihn, sich mit der Bitte an mich zu wenden, ich möchte ihn doch von diesen so unangenehmen und beschämenden Beschwerden befreien. Nachdem ich diese kurze, aber schon a priori in diagnostischer Beziehung für jeden Arzt genügend verständliche klinische Episode vernommen hatte, schritt ich unverzüglich zur Feststellung weiterer, ausführlicherer anamnestischer Daten in Bezug auf den Ursprung, sowie auf den ganzen Verlauf der Krankheit, welche in der oben geschilderten, für den Patienten wirklich höchst peinlichen Weise ihren Abschluß fand. Es stellte sich dabei heraus, daß der Patient vor sechs Jahren an einem zweifellos syphilitischen Schanker gelitten hatte, da er zwei Monate nach Entstehung des Schankers an einem roseolaartigen Ausschlag und bedeutender Vergrößerung sämtlicher Lymphdrüsen erkrankte. Er wurde damals von einem berühmten Moskauer Syphilidologen mit Quecksilberinjectionen behandelt; er erhielt im Ganzen 30 Injectionen. Nach einem Jahre stellte sich ein Recidiv der secundären Syphiliserscheinungen im Gebiete der Geschlechtsorgane ein; auch dieses Mal wurde der Patient einer antisyphilitischen Kur unterworfen. Nach ungefähr vier Jahren seit dem Beginne der Erkrankung, d. h. seit dem Ausbruch des Schankers stellten sich bei dem Patienten gewisse Störungen von Seiten der Harnblase ein, welche von den behandelnden Aerzten als einfache Cystitis gedeutet wurden; dieselbe war nun nach Angabe des Patienten so hartnäckig, daß sie trotz verschiedener Spülungen und vieler anderer therapeutischen Maßnahmen bis auf den heutigen Tag nicht bekämpft werden konnte. Der Patient gab dabei an, auf jede weitere Behandlung des Blasencatarrhs längst verzichtet zu haben, teilweise, weil er von der Behandlung keinen Erfolg mehr erhoffte, teilweise aber auch, weil der Harnblasencatarrh ihn wenig belästigte und nur zeitweise durch ungewöhnliche Trübung des Harns und geringen Schmerz in der Blasengegend, sowie bisweilen auch durch Schmerzhaftigkeit der Harnentleerung beunruhigte. Der Patient bat mich in Folge dessen, die bestehende Blasenaffection ganz außer Acht

zu lassen und die einzuschlagende Behandlung ausschließlich auf die oben geschilderten peinlichen Symptome zu richten. Meine Frage, ob auch vor dem Ausbruch der letzteren Symptome im Verlauf der verflossenen vier Jahre sich bei ihm irgend welche Syphiliserscheinungen bemerkbar machten, beantwortete er verneinend mit der gleichzeitigen Angabe, in dieser Zeit keine antiluetische Kur mehr durchgemacht zu haben. Selbst vor dem Ausbruch der schweren Rachensymptome hatte er im Verlaufe der letzten Woche nur ein unangenehmes Gefühl in der Mundhöhle, welches jedoch so unbedeutend war, daß er es gar nicht beachtete und dagegen nichts that. Zur Vollständigkeit der Anamnese glaube ich noch hinzufügen zu müssen, daß der Patient versicherte, niemals gonorrhoisch erkrankt gewesen zu sein.

Nach Feststellung der Anamnese nahm ich eine eingehende objective Untersuchung des Patienten vor, welche Folgendes ergab: Kleines, von necrotischem Rande begrenztes Geschwür des harten Gaumens, welches den letzteren perforirte und somit die Mundhöhle mit der Nasenhöhle in Communication brachte. Unbedeutende Spuren von indolenter Adenitis und kleine runde, entfärbte Narbe in Lamina interna praeputii penis; starke Trübung des Harns, der reichlichen Niederschlag gab: geringe Schmerzhaftigkeit bei Palpation des Harnblasengebietes, Harnblase etwas über dem Schambogen hervorragend. Eine mikroskopische Untersuchung des Harns unterblieb leider. Damit wäre also das ganze klinische Bild erschöpft. Auf Grund dieses letzteren, sowie auf Grund der mitgeteilten anamnestischen Daten gelangte ich zu dem Schlusse, daß der Patient zweifellos an einer schweren tertiären Syphilisform leidet, welche in Form von Necrose des harten Gaumens zum Ausdruck kam; die Necrose führte schließlich zur Perforation des letzteren und zur Bildung einer Communication zwischen Mund- und Nasenhöhle.

Was nun die Frage betrifft, ob die bei dem Patienten beobachtete Blasenaffection in ätiologischer Beziehung zu der Grundkrankheit, d. h. zu der Syphilis stand oder nicht, so scheint es mir, daß man, den oben beschriebenen Fall von syphilitischer Cystitis mit seinen differential-diagnostischen Merkmalen in Betracht ziehend, auch bei diesem Patienten mit großer Wahrscheinlichkeit an die syphilitische Natur der Blasenaffection denken konnte, da manche dieser Cystitiserscheinungen bei ihm mit denen des ersten Falles identisch waren. So wurde beispielsweise sowohl in dem einen, wie auch in dem anderen Falle nur sehr geringe Schmerzhaftigkeit der Harnblase constatirt, trotzdem die Erkrankung der Harnblase seit so langer Zeit bestand und die pathologische Vergrößerung derselben deutlich ausgesprochen war. Dann kommt in den beiden Fällen die so deutlich zu Tage getretene

vollständige Erfolglosigkeit der angewandten, bei einfachen idiopathischen Harnblasencatarrhen üblichen Therapie. Immerhin war ich, offen gesagt, im Anfange von der syphilitischen Natur der Cystitis bei dem zweiten Patienten nicht fest überzeugt. Als ich aber wegen der syphilitischen Affection in der Mundhöhle eine combinirte antisyphilitische Behandlung eingeleitet habe, waren nach Ablauf von sechs Monaten nicht nur der ulceröse Proceß des harten Gaumens geheilt und die Knochenwunde in demselben vollkommen geschlossen, sondern auch sämtliche sowohl objectiven, wie auch subjectiven Erscheinungen von Seiten der Harnblase spurlos verschwunden. Meine Vermutung, daß die Cystitis auch bei diesem Patienten syphilitischen Ursprungs war, fand also vollkommene Bestätigung; auch hier lag also nichts Anderes vor, als syphilitische Cystitis.

Indem ich das über diese zwei klinischen Fälle Gesagte zusammenfasse, halte ich es für angebracht, zum Schlusse daran zu erinnern, daß die syphilitische Cystitis sowohl in dem ersten, wie auch in dem zweiten Falle, wie dies aus der Anamnese und dem klinischen Bilde der Erkrankung zu ersehen ist, im schweren gummösen Syphilisstadium aufgetreten ist, und zwar in dem einen in Begleitung von gummöser Hepatitis und in dem anderen in Begleitung von tertiärer Affection des harten Gaumens. Diese Thatsache, d. h. das Auftreten der syphilitischen Cystitis im gummösen Syphilisstadium, ist nach meiner Meinung von sehr großer Bedeutung; sie weist erstens darauf hin, daß auch in der Harnblase selbst, in pathologisch-anatomischer Beziehung, aller Wahrscheinlichkeit nach tertiäre Veränderungen, entweder in Form von gummösen Ablagerungen in den Blasenwänden oder in Form eines interstitiellen Processes, vorhanden waren; zweitens darauf, daß man bei rechtzeitiger Erkennung der specifischen Aetiologie der Cystitis und daraus entspringender rechtzeitiger Einleitung der specifischen Therapie den Patienten nicht nur von der ernsten Affection der Harnblase befreien, sondern auch dem weiteren Auftreten von gummösen Erscheinungen in den übrigen Organen vorbeugen kann. In dieser Beziehung ist namentlich der zweite Fall beweisend, in dem die Blasenaffection lange vor der Erkrankung des harten Gaumens entstanden war; wäre nun hier die syphilitische Natur der Cystitis rechtzeitig erkannt worden, so hätte man durch rechtzeitige Einleitung der specifischen Behandlung die Erkrankung des Gaumens verhindern können. Aus diesem Grunde glaube ich, daß die Publication solcher Fälle für practische Aerzte von Interesse und Bedeutung sein kann.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Prof. Jos. Englisch (Wien): **Weitere Mittellungen über die Folgen der angeborenen Verengerungen der Harnwege.** (Allgem. Wiener med. Zeitung 1899, No. 20—22.)

Die nächste Wirkung der angeborenen Verengerung der Harnwege ist die, daß der Harn an der Stelle des Hindernisses etwas angehalten wird und daselbst einen Reiz verursacht. In Folge dessen entwickeln sich entzündliche Vorgänge, welche zur Vergrößerung des Hindernisses beitragen. Ist das Hindernis auch noch so gering, so staut sich der Harn an dieser Stelle in verschiedenem Maße, bedingt eine Erweiterung der hinterliegenden Teile der Harnröhre, welche sich bei folgender Stauung auf die Blase, die Harnleiter, das Nierenbecken fortpflanzt und durch Druck zur Atrophie mit allen ihren Folgen führt. Der Reiz an der engen Stelle pflanzt sich aber auch nach hinten fort und führt zu den entzündlichen Vorgängen an den erweiterten Teilen. Eine Combination, die um so gefährlicher ist, je weiter die Ausdehnung der Organe gediehen ist. Zu den Zeichen der Ausdehnung gesellen sich die der Entzündung; der Harndrang wird häufiger, schmerzhaft, der früher klare Harn wird trübe, reichlich sedimentirend. Im weiteren Verlauf breitet sich die Entzündung auf die Anhänge der Harnröhre und

die Umgebung aus, es kommt zur Cowperitis, Prostatitis, zur Periurethritis, selbst zur Fistelbildung. Nur selten sind die Erscheinungen in der Kindheit schon auffallend. Meist treten die Harnbeschwerden mit der Pubertät stärker hervor und steigern sich oft rasch, wenn das Hindernis nicht behoben wird.

Ein anderer wichtiger Umstand ist der, daß bei angeborenen Hindernissen die Stauung Organe trifft, die dem Druck nicht den gehörigen Widerstand entgegenzusetzen vermögen. Es kommt zum Schwunde der musculösen Gebilde der Wand mit Abnahme der Zusammenziehungskraft. Dadurch ist die Möglichkeit einer chronischen Harnretention mit ihren Folgen bis zum Ueberfließen des Harns gegeben.

Eine andere Erscheinung ist an der äußeren Harnröhrenöffnung zur Beobachtung gekommen. Die Ränder dieser Oeffnung bekommen ein weißliches Aussehen, das sich immer mehr ausbreitet und auch auf die Schleimhaut der Harnröhre übergeht. Allmählich wird auch die Schleimhaut des Anfangsteiles der Harnröhre in gleicher Weise verändert. Die weißen Stellen bestehen aus einer Wucherung der verhornten Epithelialzellen (Leukoplasie). Mit der Verhornung nimmt die an der Stelle des Hindernisses bestehende Infiltration eine auffallende Derbheit an, so daß z. B. die Umgebung der äußeren Harnröhrenöffnung einem Epitheliom gleicht. Ob nicht diese Leukoplasie wirklich in Epitheliome übergehen kann, läßt sich nach dem vorliegenden Material nicht entscheiden. Durch den hinter dem Hindernis gesetzten Reiz der Schleimhaut ist auch die Möglichkeit einer leichten Infection gegeben.

Die Verengerungen finden sich ohne oder mit anderweitigen Anomalien der Harnorgane. Die meisten Beobachtungen betrafen: 1. Verengerungen der äußeren Harnröhrenöffnung allein; 2. Fälle mit weiter hinten, an der Durchtrittsstelle der Harnröhre durch die mittleren Beckenbänder, gelegener Strictur; 3. Fälle von Phimose allein; 4. Fälle von Phimose mit Verengerung der äußeren Harnröhrenöffnung allein oder mit einer Enge an der Durchtrittsstelle oder an beiden Stellen zugleich; 5. Verengerungen neben Hypospadie.

Aus dem Vorstehenden erhellt, daß man in Fällen von Harnbeschwerden jugendlicher Individuen, in denen man keine auffallenden Ursachen nachweisen kann, eine Untersuchung der Mündungen und der Harnwege auf kleinere Hindernisse nicht unterlassen soll. Bei der Hypospadie wird man leicht verleitet, dieses Hindernis in der enge erscheinenden abnormen Oeffnung zu suchen und davon die Störungen der Harnentleerung abzuleiten. In der Mehrzahl der Fälle ist aber diese abnorme Oeffnung so erweiterbar, daß das Hemmnis nicht in ihr gefunden werden kann. Erweist sich demnach die abnorme Oeffnung der Erweiterung fähig oder weit genug und bestehen Harnbeschwerden, so muß die Harnröhre genauer untersucht werden. Bei der Phimose kann eine Erklärung für Harnbeschwerden leicht gefunden werden. Da nun aber die Phimose auch mit Verengerungen an anderen Stellen verbunden sein kann, so begnüge man sich nicht mit der

Spaltung der Vorhaut, sondern achte auf etwa vorhandene Verengerungen an den bezeichneten Stellen; dies um so mehr, wenn nach der Operation der Phimose die Harnbeschwerden sich nur wenig oder gar nicht vermindern. Desgleichen darf man sich nach einer Erweiterung der äußeren Harnröhrenöffnung nicht mit dieser begnügen, sondern muß dann eine Untersuchung der Harnröhre mit einem dicken Instrument (7—8 mm) vornehmen, um sich zu überzeugen, ob der übrige Teil der Harnröhre frei ist oder nicht. In allen übrigen Fällen muß eine genaue Harnanalyse vorgenommen werden, um sich von der Beschaffenheit der Nieren zu überzeugen.

Die Maßnahmen zur Beseitigung des Hindernisses sind verschieden. Bei Phimose zunächst die Operation derselben, darauf die Behandlung der etwa bestehenden anderen Hindernisse. Bei Hypospadie suche man die enge, abnorme Oeffnung bei Nachgiebigkeit der Haut durch Dilatation mit Sonden zu erweitern. Zeigt sich jedoch, was sehr häufig der Fall ist, eine örtliche Reaction, so ist die Spaltung der Oeffnung so weit angezeigt, daß ein starres Instrument eingeführt werden kann. Bei einer Stenose der äußeren Harnröhrenöffnung empfiehlt sich eine Erweiterung mit conischer Sonde nur dann, wenn die Umgebung nicht verändert ist. Verf. ist nach seinen Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, daß die beste Behandlung der Verengerung der äußeren Harnröhrenöffnung die Erweiterung durch Schnitt ist. Diese Operation ist ungefährlich und erfordert nur bei Diabetikern eine sorgfältige Nachbehandlung durch Kälte. Die Blutung ist, wenn man sich genau in der Medianebene hält, äußerst gering. Die Operation wird entweder mit der Scheere oder mit dem Messer ausgeführt. Es wird zu diesem Behufe eine Hohlsonde in die Harnröhre eingeführt und die untere Wand der kahnförmigen Grube gespannt und auf der Hohlsonde die Scheere oder das Knopfbistouri eingeführt und die untere Wand genau in der Mittellinie durchtrennt. Die Durchtrennung der unteren Wand gehe bis in den Anfangsteil des spongiösen Gewebes der Harnröhre, weil 1. diese Stelle meist noch sehr enge (bei normaler Harnröhre die engste Stelle) und 2. weil, wenn der Schnitt noch im häutigen Bändchen endigt, leicht eine Wiederverwachsung von hinten nach vorn erfolgt. Zur Vermeidung dieses Zufalls wird die Schleimhaut der Harnröhre mit der äußeren Haut vernäht (zugleich das beste Blutstillungsmittel), und zwar durch ein Heft im hinteren Wundwinkel und je zwei seitliche Hefte. Die Enden der Hefte werden lang abgeschnitten, um die Heftschlinge leicht finden zu können. Das Einlegen eines Verweilkatheters erscheint überflüssig, ebenso die Bildung und das Einnähen eines kleinen Hautlappens in den hinteren Wundwinkel. Die gespaltene Harnröhre wird mit Jodoformgaze eingelegt, die nach jedem Harnlassen gewechselt werden muß. Es empfiehlt sich, die Wundfläche bei jedem Harnlassen nach sorgfältiger Reinigung mit Xeroform zu bestreuen, bevor die Jodoformgaze eingelegt wird. Die vorhandene Leukoplasie erfordert keine specielle Behandlung.

Die Verengerungen der hinteren Teile der Harnröhre werden in der gewöhnlichen Weise behandelt. In der Mehrzahl der Fälle reicht die tem-

poräre Dilatation aus. Ist die Verengerung strammer und von größerer Länge, so hatte die permanente Dilatation immer einen Erfolg.

Die Erscheinungen von Seiten der Blase gehen bei entsprechender Behandlung bald ganz zurück oder bessern sich doch wesentlich, wenn sie schon zu weit vorgeschritten waren.

Die Fälle, welche obigen Auseinandersetzungen zu Grunde liegen, sind folgende:

1. Hypospadiasis navicularis, Stenosis orificii externi urethrae, Strictura urethrae partis membranaceae.

2. Hypospadiasis navicularis, Stenosis orificii, Strictura partis bulbomembranaceae urethrae, Periurethritis partis membranaceae.

3. Phimosis congenita, Stenosis orificii externi urethrae.

4. Phimosis congenita, Stenosis orificii cutanei urethrae.

5 und 6. Zwei Fälle von Stenosis orificii urethrae externi.

M. L.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Spitzer (Karlsbad): **Zur Physiologie der Harnsäure.** (Medicinische Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur, Sitzung vom 24. März 1899.)

Während Horbaczewski, auf das Ergebnis von Fischer's Arbeiten fußend, daß die Harnsäure ein Spaltungsproduct des Nucleoproteids sei, dies dadurch zu erweisen gesucht hat, daß er Milzpulpa auf dem Wasserbad erwärmte und dann Harnsäure nachwies, glaubt Spitzer, daß hierbei auf die Fäulnißvorgänge nicht genügend Rücksicht genommen worden sei. Er selbst hat bei der Einwirkung von Leber- und Milzextract auf Xanthin und Hypoxanthin 80—90 pCt. Harnsäure gefunden und meint, hieraus den Schluß ziehen zu dürfen, daß sich in diesen Organen Harnsäure bilde. Bei anderen Körpersäften gelang dies nicht.

In der Discussion hebt Herr Röhmann die Einfachheit und Wichtigkeit von Spitzer's Versuchen hervor.

Während Herr Rosenfeld hofft, die Resultate in diätetischer Hinsicht bezüglich der Zuführung der Harnsäurebildner verwerten zu können, glaubt Herr Spitzer sich dem nicht anschließen zu können.

Löwenheim (Liegnitz).

Prof. Harnack und Dr. Kleine (Halle a. S.): **Ueber den Wert genauer Schwefelbestimmungen im Harn für die Beurteilung von Veränderungen des Stoffwechsels.** (Zeitschrift für Biologie 1899, Bd. 37, Heft 4.)

Die Verff. gelangten auf Grund von weit über 1000 Schwefel-Bestimmungen im Harn zu der Ueberzeugung, daß man unter Voraussetzung

gleichmäßiger Ernährung für die Entscheidung gewisser Fragen vom Harnschwefel ebenso gut ausgehen kann, wie vom Harnstickstoff, daß ferner nicht nur der Gesamtschwefel dem Gesamtstickstoff im Allgemeinen proportional ist, sondern daß sich das Verhältnis des oxydirten Schwefels zum Gesamtschwefel stets in gleichem Sinne verändert, wie das des Harnstoffes zum Gesamtstickstoff im Harn, d. h. je mehr unoxydirter Schwefel ausgeschieden wird, um so reichlicher erscheinen im Harn auch N-Verbindungen, die nicht Harnstoff sind. Nach diesen, an Hunden ausgeführten Vorversuchen haben die Verff. ihre Beobachtungen auf Menschen ausgedehnt und benutzten dazu das Krankenmaterial verschiedener Kliniken. Das Resultat von etwa 300 Analysen war folgendes:

1. Bei gemischter Nahrung scheidet ein gesunder Mensch ca. 19 bis 24 pCt. organischen Schwefel aus.

2. An der Procentzahl kann man im Allgemeinen Art und Schwere der Krankheit nicht erkennen. Die Höhe der Procentzahl ist zum Teil abhängig von der Quantität der eingeführten Nahrung; da erfahrungsgemäß Schwerkranke die Nahrungsaufnahme gänzlich oder doch teilweise verweigern, so verbrennt der Körper das gebotene Material in einer Weise, die gegen die Norm keine durch den Ausfall der Schwefelanalysen erkennbare Abweichung bietet.

3. Kranke, deren Leiden einen chronischen Verlauf hat, die sich bald sehr schlecht befinden, bald guter Dinge sind und mit Appetit essen, zeigen hohe und schwankende Procentzahlen des neutralen Schwefels. Ebenso Kranke, deren subjectives Wohlbefinden in keinem Verhältnis zu der Schwere ihres organischen Leidens steht. Die eingeführte, für einen Gesunden ausreichende Nahrung übersteigt offenbar die Verdauungskraft des geschwächten Körpers.

4. Bei Menschen, die an anhaltender schwerer Dyspnoe leiden, steigt die Procentzahl des organischen Schwefels ganz erheblich, selbst wenn sie keine Nahrung zu sich nehmen. Dieser Schwefel entstammt wohl zerfallenem Eiweiß. M. L.

Adolf Jolles (Wien): **Beiträge zur qualitativen und quantitativen Gallenfarbstoffbestimmung im Harn.** (Wiener med. Wochenschrift 1899, No. 23.)

J. empfiehlt zur qualitativen Bestimmung des Gallenfarbstoffes im Harn folgende Methode, welche vor anderen auch den Vorzug hat, daß sie von jedem practischen Arzt ohne die Hilfsmittel eines Laboratoriums ausgeführt werden kann: Etwa 10 ccm Harn werden mit circa 1 ccm Chloroform und 4—5 ccm einer Chlorbaryumlösung versetzt, kräftig geschüttelt und für einige Minuten der Ruhe überlassen. Nach Entfernung des Schaumes, am besten mit Filtrirpapier, wird die über dem Niederschlag stehende Flüssigkeit abpipettirt oder event. vorsichtig abgegossen, der Rückstand mit 2—3 ccm einer ca. $n/_{100}$ Hübl'schen Jodlösung und etwa 1 ccm concentrirter Salzsäure versetzt, kräftig geschüttelt und absetzen gelassen. Bei Gegenwart

von Gallenfarbstoff erscheint der Niederschlag, die Chloroformlösung und die über derselben stehende Flüssigkeit grün bis grünlichblau gefärbt. Bei geringen Spuren von Gallenfarbstoff ist nur der Niederschlag grünlich gefärbt.

Zur Darstellung der Jodlösung werden 0,13 g Jod einerseits und 0,16 g Quecksilberchlorid in je 100 ccm 95proc. Alkohol gelöst und sodann beide Lösungen vereinigt.

Das quantitative Verfahren ist folgendermaßen anzustellen: Es werden von gallenfarbstoffreichen Harnen 10 ccm, von gallenfarbstoffarmen 20 ccm genau abgemessen und in einen Schüttelcylinder von etwa 200 ccm Inhalt gebracht, der am Boden eine birnenförmige Gestalt und ein möglichst kurzes Ausflußrohr besitzt. Zu dem Harn setzt man 20 ccm Chloroform, 10 ccm 10proc. Chlorbaryumlösung und 50 ccm Salzsäure (1 : 5) hinzu und schüttelt das Ganze mehrere Minuten lang kräftig durch. Nach erfolgtem Absetzenlassen läßt man 15 ccm von der Chloroformlösung in einen geaichten Schüttelcylinder (ca. 25 cm Höhe und 3 cm Weite) abfließen. Da in dem kurzen Ausflußrohr einige Tropfen der Chloroformlösung zurückbleiben, empfiehlt es sich, den geschlossenen Schüttelcylinder umzudrehen und durch Oeffnen des Hahnes die minimale Chloroformmenge in den Schüttelcylinder zurückfließen zu lassen. Hierauf bringt man weitere 15 ccm Chloroform in den Schüttelapparat, schüttelt kräftig durch, läßt absetzen und hierauf 12 ccm der Chloroformlösung in den Standcylinder abfließen. Nunmehr setzt man 10 ccm Chloroform von Neuem hinzu und nach erfolgtem Schütteln und Absetzenlassen läßt man 8 ccm der Chloroformlösung abfließen. Danach ist die gesamte Gallenfarbstoffmenge extrahirt. Da immer Spuren von Harn durch den mit dem Chloroform abgehenden Niederschlag mitgerissen werden, empfiehlt es sich, den Inhalt des Standcylinders mit ca. 30 ccm Salzsäure (1 : 1) zweimal auszuwaschen. Dies geschieht in der Weise, daß man in den Cylinder 30 ccm Salzsäure bringt, wiederholt umrührt, absetzen läßt und nunmehr circa 25 ccm der über dem Niederschlag befindlichen, fast klaren Flüssigkeit abpipettirt. Dieselbe Manipulation wird dann noch einmal wiederholt und dann der Inhalt des Standcylinders in eine Stöpselflasche gebracht, hierauf der Cylinder zweimal mit je 25 ccm Alkohol nachgewaschen — um den an den Glaswänden anhaftenden Niederschlag vollkommen zu entfernen — und diese Waschflüssigkeit der Hauptmenge zugefügt. Hierauf setzt man 10 ccm einer circa $n/_{100}$ Hübl'schen Jodlösung hinzu, schüttelt etwa 5 Minuten öfters durch, setzt dann etwa 5 ccm einer 5proc. Jodkalilösung und 5 ccm einer frisch hergestellten Stärkelösung, sowie etwa 100 ccm destillirtes Wasser hinzu, schüttelt einige Male kräftig durch und titrirt mit circa $n/_{100}$ $Na_2S_2O_3$-Lösung wieder zurück, bis die über dem Chloroform stehende rotbraune Flüssigkeit nach jeweiligem Zusatz von Natriumthiosulfat, Durchschütteln und Absetzenlassen vollkommen entfärbt erscheint. Gegen den Schluß der Titration gießt man, um den Endpunkt deutlich zu erkennen, je circa 2—3 ccm von der nach dem Absetzen über dem Chloroform stehenden Flüssigkeit in zwei Eprouvetten, setzt zu der einen ca. 0,3 ccm $Na_2S_2O_3$-Lösung hinzu, schüttelt um und vergleicht die

Färbungen in den beiden Reagensgläschen. Erscheint die Flüssigkeit in der einen Eprouvette gefärbt, so gießt man den Inhalt der Eprouvetten zurück, schüttelt um und wiederholt diesen Vorgang so oft, bis die Färbungen in den Reagensgläsern nach Zusatz einiger Tropfen $Na_2S_2O_3$-Lösung ganz gleich erscheinen. Alsdann ist die Titration beendet; der Fehler beträgt höchstens circa 0,1 ccm einer circa $n/_{100}$ $Na_2S_2O_3$-Lösung. Die Ausführung dauert 1—$1^1/_2$ Stunden.

Darstellung der ca. $n/_{100}$ Hübl'schen Jodlösung: 0,64 g Jod einerseits und 0,8 g Quecksilberchlorid andererseits werden in je 250 ccm 95proc. Alkohols gelöst, und beide Lösungen, wenn nötig filtrirt, vereinigt. Die Flüssigkeit darf erst nach etwa 10stündigem Stehen in Gebrauch genommen werden. E. Samter.

Dr. V. Arnold (Lemberg): **Eine neue Reaction zum Nachweis der Acetessigsäure im Harn.** (Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 22.)

Man bedarf zur Ausführung der vom Verf. ausgearbeiteten Reaction zweier Lösungen:

a) Paramidoacetophenon; 1 g wird in 80—100 ccm destillirten Wassers mit Hilfe von tropfenweise zugesetzter Salzsäure unter starkem Schütteln gelöst. Man setzt dann noch soviel concentrirte Salzsäure tropfenweise hinzu, bis die anfangs gelbe Lösung fast wasserklar geworden ist (ein Ueberschuß von Salzsäure soll vermieden werden).

b) Einer 1proc. Lösung von Natrium nitrosum.

Aus diesen zwei Lösungen, die sich fast unbegrenzt lange halten, bereitet man sich immer frisch das Reagens, indem man auf etwa zwei Teile der Paramidoacetophenonlösung einen Teil der Natrium nitrosum-Lösung nimmt. Man fügt nun zu diesem Reagens die gleiche oder wenig größere Menge des auf Acetessigsäure untersuchten Harnes und setzt 2—3 Tropfen starken Ammoniaks (unter Umschwenken) hinzu. Es entsteht bei allen Harnen überhaupt eine mehr oder weniger intensive braunrote Färbung. (Nur bei sehr bedeutendem Acetessigsäuregehalt scheidet sich nach Zusatz von Ammoniak eine amorphe, rotbraune Substanz ab, die mit Leichtigkeit von den farblosen Phosphatflocken zu unterscheiden ist; bei geringerem Gehalt an Acetessigsäure erfolgt aber keine Abscheidung.) Man nimmt nun etwas von dieser rotbraunen Lösung und fügt dazu (am besten in einem spitzen Kelchgläschen) einen starken Ueberschuß concentrirter Salzsäure (auf 1 ccm etwa 10—12 ccm Salzsäure). Ist Acetessigsäure im Urin enthalten, so färbt sich die Mischung prachtvoll purpurviolett (je mehr Acetessigsäure im Harn enthalten ist, desto mehr überwiegt das Violett, je weniger, desto mehr überwiegt das Rot); bei Anwendung einer reinen Lösung eines acetessigsauren Salzes erhält man ein prachtvolles Purpurviolett mit sehr stark überwiegendem Violett. Bei Anwendung normalen oder pathologischeu Harnes, der aber keine Acetessigsäure enthält, erhält man auf Zusatz concentrirter Salzsäure zur rotbraunen Reagens-Harnmischung blos rein gelbe Färbung ohne

eine Spur von Rot resp. Purpurviolett. Der oben erwähnte rotbraune Niederschlag ist eben der Körper, der, in concentrirter Salzsäure gelöst, die schöne purpurviolette Reaction giebt. Er löst sich in concentrirter Salzsäure mit fast rein violetter Farbe. Bei geringem Gehalt an Acetessigsäure mißlingt die Reaction mitunter in stark gefärbten Harnen; in diesen Fällen erhält man immer ein positives Resultat, wenn man die störenden Farbstoffe des Harnes durch Filtration desselben durch Tierkohle entfernt und mit dem wasserklaren Filtrat die Reaction anstellt. Das Filtrat soll vollkommen wasserklar sein, was übrigens ohne Zeitverlust und Mühe zu erlangen ist.

Lubowski.

Privatdocent Bettmann (Heidelberg): **Ueber Zuckerausscheidung nach Copaivagebrauch.** (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 22.)

Der 21jährige Patient, in die Klinik wegen einer seit 2½ Monaten bestehenden Gonorrhoe aufgenommen, giebt bei der Erhebung der Anamnese an, daß sein Vater an Zuckerkrankheit leide. Er selbst sei von jeher ein starker Esser und an ein reichliches Trinken gewöhnt; aber gerade in der letzten Zeit haben Appetit und Durst zugenommen. Der Urin enthält reichlich Tripperfäden, ist sonst klar, sehr hell, opalescirend, giebt mit Salpetersäure und mit Essigsäure-Ferrocyankalium minimale Trübung, zeigt bei der Trommer'schen und Nylander'schen Probe intensive Reduction, vergährt rasch. Zuckergehalt nach polarimetrischer Bestimmung (zweiter Beobachtungstag) 6,2 pCt., ausgeschiedene Zuckermenge 322,4 g. Unter rascher Beschränkung der Kohlehydratzufuhr bis zur absoluten Diabetesdiät und Darreichung von Opiumpulvern gelingt es zwar nicht, die Zuckerausscheidung gänzlich zu sistiren, wohl aber die Glycosurie auf ein ziemlich constantes, geringes Maß zu beschränken. Der Kranke hatte nun inzwischen noch angegeben, daß er gegen seine Gonorrhoe vor dem Eintritt in die Klinik nach eigenem Gutdünken Copaivabalsam in ungewöhnlich großen Quantitäten eingenommen hatte; es lag somit die Vermutung nahe, daß vielleicht die Copaivaeinfuhr auf die Zuckerausscheidung einen Einfluß hatte. Zur Prüfung dieser Frage erhielt der Patient unter Beibehaltung der strengen Diät wiederum Copaivakapseln mit dem Resultat, daß die Zuckermenge thatsächlich deutlich in in die Höhe ging, wobei Verf. durch specielle Untersuchungen mit absoluter Sicherheit feststellte, daß es sich nicht um eine vorgetäuschte (durch einen Bestandteil des Copaivabalsams oder durch eine andere Substanz im Harn), sondern um eine thatsächliche Vermehrung der Zuckerausscheidung handelte. Dasselbe Resultat erhielt Verf. auch in einem anderen Fall von Diabetes: nach der Eingabe kleiner Mengen von Copaivabalsam zeigte sich eine rasch vorübergehende Steigerung der Zuckerausscheidung, eine Wirkung, welche dem Copaivabalsam bis jetzt von keiner Seite nachgesagt worden ist. Verf. suchte nun weiter festzustellen, ob die Einnahme von Copaivabalsam auch im Stande wäre, eine alimentäre Glycosurie zu erzeugen. Es wurden zu dieser Untersuchung Tripperpatienten in verschiedenen Stadien

der Erkrankung gewählt, denen zu therapeutischen Zwecken Copaivakapseln gereicht wurden. Der Versuchsplan war der, daß nach mindestens achttägiger Eingabe von dreimal 1,0 Balsam. Copaivae die Dosis für einen Tag auf dreimal 1,5 und am folgenden Tag auf dreimal 2,0 gesteigert wurde. Am nächsten Morgen erhielten die Kranken nüchtern zusammen mit 1,0 g Copaivabalsam 100 g Traubenzucker in Lösung. Der Urin der nächsten sechs Stunden wurde in zweistündlichen Mengen separat untersucht. Bei positivem Ausfall wurde nach 8—10 Tagen ein „Nachversuch" vorgenommen, nachdem unmittelbar nach dem Hauptversuch die Copaivadarreichung sistirt worden war. Dieser Nachversuch ist in allen Fällen negativ ausgefallen. Untersucht wurden im Ganzen 12 Personen (10 Weiber, 2 Männer); von diesen ergaben vier (durchweg Weiber) einen positiven Ausfall der alimentären Glycosurie, d. h. die betreffenden Versuchsurine gaben die Trommer'sche und Nylander'sche Probe, drehten mehr oder minder deutlich rechts (bis zu 1,5 pCt.) und unterlagen der Alkoholgährung. Spätestens vier Stunden nach Einnahme war keine Zuckerausscheidung mehr nachweisbar. Es ist somit festgestellt, daß nach der Eingabe von Copaivabalsam eine alimentäre Glycosurie auftreten kann. Auf die Häufigkeit einer derartigen Zuckerausscheidung will Verf. aus der geringen Zahl der Versuche natürlich keinen Schluß ziehen. Lubowski.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Brischke: **Ueber Exantheme bei Gonorrhoe.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 2 u. 3.)

B. teilt zunächst die Krankengeschichten von drei Fällen mit, in welchen es im weiteren Verlaufe einer Gonorrhoe zur Entwicklung von Exanthemen kam. Sodann geht er näher auf die einzelnen Formen der Hauteruptionen ein. Nach den klinischen Erscheinungen lassen sich vier Gruppen unterscheiden. Die erste kennzeichnet sich als einfaches Erythem nach Art des Scharlachexanthems oder allenfalls der Rötheln. Einwandsfreie Fälle dieser Art sind von Colombini, Raynaud, Ballet, Andres, Perrin u. A. beobachtet. Die zweite Gruppe characterisirt sich als Urticaria und Erythema nodosum. Hierzu gehören die vom Verf. beobachteten Fälle, Beobachtungen von Mesenet, Durante, Schanz u. A. Die dritte Form wird durch die hämorrhagischen und bullösen Exantheme gebildet. Hierzu drei von Finger mitgeteilte Fälle; derselbe nimmt jedoch nicht einen specifisch gonorrhoisch-ätiologischen Ursprung an, sondern hält die Eruptionen vielmehr für reflectorische Erkrankungen der Haut, wie sie auch bei Dysmenorrhoe und anderen Genitalleiden auftreten können. Litten nimmt hingegen mit fünf Fällen einen directen Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und Hautaffection an. Ferner gehört hierzu ein Fall Welander's. Die

vierte Gruppe wird durch die Hyperkeratosen gebildet. Diese umfaßt vier Fälle, und zwar je einen von Jacquet, Vidal, Jeanselme und Chauffard.

Allen diesen Exanthemen ist gemeinsam, daß sie entweder in einer Form auftreten, oder die eine nach der anderen, oder neben- und nacheinander verschiedene Eruptionen in gleichmäßiger Form. Sie sind an keine Körperregion gebunden; am seltensten wird die behaarte Kopfhaut betroffen. Die Exantheme entwickeln sich oft über dem ganzen Körper im Verlaufe von 24 Stunden und blassen ebenso schnell ab, oder aber sie dauern während des ganzen Verlaufes einer Gonorrhoe und noch länger an. Dieselben sind nicht an die Temperaturverhältnisse gebunden, indem sie sowohl mit, als auch ohne Fiebererscheinungen auftreten. Ebenso ist der Fiebertypus verschieden. Nach schnellem Aufstieg kann das Fieber kritisch oder lytisch abfallen. Ja, auch Fieber von intermittirendem Character ist beobachtet worden. Die Exantheme treten fast immer im frischen Stadium der Gonorrhoe auf oder bei längerem Bestehen des Trippers wesentlich bei floriden localen Erscheinungen. Meist ist außer einer localen Complication irgend eine metastatische Erkrankung, gewöhnlich eine Gelenkerkrankung, vorhanden, ferner Herzcomplicationen, Endocarditis und Pericarditis oder Nephritis. Nächst den Nervenerkrankungen gehören die Exantheme zu den seltensten gonorrhoischen Complicationen.

Für die Prognose des gesamten Krankheitsfalles spielt das Exanthem keine Rolle. Eine specielle Behandlung ist gewöhnlich nicht erforderlich. Ueber das Zustandekommen der Exantheme ist nichts Sicheres bekannt. Gonokokken konnten in den Eruptionen bisher nicht nachgewiesen werden. Wahrscheinlich ist es, daß dieselben durch die Toxine erzeugt werden.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Henry W. Berg (New-York): **Pyelonephritis and ulcerative Endocarditis as a Complication of Gonorrhoea. The Gonococcus Found in pure Culture upon the Diseased Heart Valve.** (Medical Record, 29. April 1899.)

B. teilt die Krankengeschichte eines 21jährigen Mannes mit, der drei Wochen nach dem Auftreten der Gonorrhoe unter Frost und Fieber Gelenkentzündung bekam. Behandlung bestand nur in interner Verabreichung von Sandelholzöl. Unter septischen Fieberattaken bildete sich acht Tage später eine Pyelonephritis. Eine Endocarditis zeigte sich nach weiteren 12 Tagen, der Kranke ging unter Krämpfen, Erbrechen etc. zu Grunde. Die Autopsie ergab beiderseitige acute gonorrhoische Pyelonephritis und acute ulcerative Endocarditis. In den Vegetationen auf den Aortenklappen fanden sich Diplokokken, die sich nach Gram entfärbten und morphologisch Gonokokken glichen. Blutuntersuchungen waren öfter vorgenommen, stets mit negativem Resultat. Verf. glaubt daher, daß derartige septische Infectionen lediglich durch den Gonococcus bedingt sein können, ohne Intervention anderer Bacterien.

Blanck (Potsdam).

Harry Greenberg (Milwaukee): **Gonorrhoeal Vaginitis and its Treatment.** (The New York Medical Journal. 25. März 1899.)

G. bespricht die Diagnose der gonorrhoischen Vaginitis und die üblen Folgen der ungenügend behandelten Krankheit. Er legt den Hauptwert der Behandlung auf eine ausgiebige Reinigung der erkrankten Vagina: im acuten Stadium Bettruhe, leichte Diät, Fernhaltung aller Reize. Zweimal täglich ein warmes Sitzbad mit Natr. bicarbon., zweistündlich Irrigationen mit Natr. bicarbon.-Lösung. Zur Beseitigung der Gonokokken reinige der Arzt täglich nach dem morgendlichen Sitzbad die Scheide gründlich mit Seifenwasser und reibe darauf die Vaginalwände unter allmählichem Zurückziehen des Speculum, nachdem der Cervix vom Eiter befreit ist, mit einer 1‰igen Sublimatlösung oder noch besser einer 5proc. Methylenblaulösung ab.

Blanck (Potsdam).

Bloch: **Zur Kenntnis der gonorrhoischen Gelenks- und Nervenerkrankungen.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, H. 3.)

B. beschreibt den Krankheitsfall eines jungen Mannes, bei welchem sich am 17. Krankheitstage einer acuten gonorrhoischen Urethritis unter gleichzeitigem Auftreten von hohem Fieber und heftigen Schmerzen die Allgemeinerscheinungen einer Infectionskrankheit entwickelten. Im weiteren Verlaufe bildeten sich sodann eine subacute gonorrhoische Lymphadenitis, eine gonorrhoische Coxitis dextra und doppelseitige Gonitis heraus und ferner eine gonorrhoische Polyneuritis beider Unterextremitäten. Trotzdem der Nachweis von Gonokokken in den Exsudaten mißlang, glaubt B. die gesamten Erscheinungen auf die gonorrhoische Basis zurückführen zu müssen. Die Therapie war eine rein symptomatische. Der Fall endete mit Besserung.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Kollmann: **Intraurethrotomie bei weiten Stricturen.** (Centralblatt f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 3.)

In vorliegender Arbeit beschreibt K. zwei neue Instrumente, von denen das eine lediglich eine Modification des Otis-Oberländer'schen ist, zur Behandlung der sogenannten weiten Harnröhrenstricturen. Das Nähere empfiehlt sich in genannter Arbeit nachzusehen.

Stockmann (Königsberg i. Pr.)

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. Rosenquist (Moskau): **Ein seltener Fall von extragenitaler Syphilisinfection.** (Wratsch 1899, No. 9.)

Merkwürdiger Weise ist trotz der enormen Verbreitung der Syphilis in Rußland und trotz der dort selbst außerordentlich häufig vorkommenden

Fälle von extragenitaler Syphilisinfection bis jetzt in der russischen Literatur kein einziger Fall von syphilitischem Primäraffect der Nasenhöhle veröffentlicht worden. Der Fall des Verf.'s ist somit, soweit natürlich die russische Litteratur in Betracht kommt, der erste derartige Fall. Derselbe betrifft eine 29jährige Bäuerin, welche wegen Ausschlages am Körper, am Gesicht und an den Extremitäten, sowie wegen Erkrankung der Nase in das Krankenhaus kam. Sie erzählte, vor ungefähr fünf Monaten mit ihren zwei Kindern bei ihren ländlichen Verwandten geweilt zu haben. Die eine Verwandte war syphilitisch; das jüngste Kind wurde von dieser Person häufig geliebkost und schließlich angesteckt. Einige Zeit darauf sei sie selbst an „Schnupfen" erkrankt, gegen den sich jede ärztliche Behandlung als machtlos erwiesen habe; schließlich habe sie der vor 5—6 Tagen aufgetretene Ausschlag veranlaßt, in das Krankenhaus zu gehen. Die Untersuchung ergab erstens, daß es sich bei der Patientin um zweifellose recente Syphilis handelte, und zweitens, daß weder am Genitalapparat noch irgend wo anders Spuren von Primäraffect vorhanden wuren. Dagegen wurde ein solcher auf der Nasenscheidewand entdeckt, und diese letztere mußte also als Ausgangspunkt der syphilitischen Affection angesehen werden.

Was den Modus der Infection in vorliegendem Falle betrifft, so sind folgende drei Möglichkeiten gegeben: 1. directe Uebertragung, beispielsweise durch einen Kuß, 2. Uebertragung des Infectionsstoffes mit den verunreinigten Fingern, 3. indirecte Infection durch Vermittelung eines verunreinigten Gegenstandes. Li.

Dr. Tulinow (Moskau): **Ein Fall von hartem Schanker auf den Geschlechtstellen eines 9jährigen Mädchens.** (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Kinderärzte zu Moskau. Wratsch 1899, No. 21.)

Das 9jährige Mädchen hatte bei der Aufnahme in's Krankenhaus Ausfluß aus den Geschlechtsteilen und eine Erosion hierselbst. Die Eltern des Kindes sind Alkoholiker, ihre Wohnung ist eng und schmutzig, das Kind schläft entweder mit der Mutter oder mit fremden Kindern. Die Mutter leidet seit langer Zeit an Weißfluß, der Vater an Gonorrhoe. Vor ungefähr zwei Monaten erkrankte das Kind selbst an Weißfluß. Die Untersuchung ergab auf der rechten großen Schamlippe, am oberen Rande der Schamspalte ein flaches, rundes Geschwür mit glatten, leicht erhobenen und etwas harten Rändern, mit glatter, glänzender, fleischfarbener, stellenweise mit kaum bemerkbarem weißlichen Belag bedeckter Oberfläche; das Geschwür ist schmerzlos und bei Druck unempfindlich; die Haut um das Geschwür ist unverändert. In der Inguinalgegend fühlt man Packete schmerzloser, beweglicher und vergrößerter Drüsen. Es wurde harter Schanker diagnosticirt, aller Wahrscheinlichkeit nach extragenitalen Ursprungs, da das Hymen intact war und jegliche Anzeichen eines stattgehabten Coitusversuches fehlten.

Das Kind wurde zuerst ohne specifische Behandlung belassen; bald stellten sich leichte secundäre Erscheinungen ein, und zwar Angina, einige

Roseolen und Schleimpapeln am After. Jetzt wurden Quecksilbereinreibungen verordnet, welche innerhalb dreier Wochen sämtliche Syphiliserscheinungen zum Verschwinden brachten. Nach sechs Wochen wurde jedoch das Kind wiederum dem Krankenhause zugeführt mit einem Syphilisrecidiv auf der Mundschleimhaut.

Bezüglich der Localisation der extragenitalen Syphilis bei Kindern bemerkt T., daß der häufigste Sitz der letzteren die Kopfgegend, hauptsächlich die Lippen und die Mundhöhle, namentlich die Tonsillen sind; die übrigen Körperteile werden selten betroffen, am seltensten die Bauchgegend und nur ausnahmsweise die Geschlechtsteile. Trotz der außerordentlichen Häufigkeit der extragenitalen Syphilis in Rußland hat T. in der russischen Litteratur nur vier Fälle von extragenitalem syphilitischen Primäraffect der Geschlechtsteile gefunden. Li.

Alex. Renault: **Roséole syphilitique étendue à la face et prurigineuse seulement à ce niveau.** (Ann. de derm. et dé syph. 1899, No. 5. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 4. Mai 1899.)

Der Kranke hat eine syphilitische Roseola am Thorax, an den oberen Extremitäten und dem oberen Teile der Oberschenkel, die durch große und teilweise kreisförmig angeordnete Efflorescenzen gebildet wird, deren Diagnose von den Gesellschaftsmitgliedern, u. A. auch von Fournier anerkannt wird. Das Besondere des Falles ist die Thatsache, daß die Roseola auch im Gesicht, auf Stirn und Wangen localisirt ist und hier juckt. Im Gesicht tritt die Roseola äußerst selten und dann meist an der Haargrenze auf. Barthélemy, der drei gleiche Beobachtungen gemacht hatte, konnte in seinen Fällen niemals weder einen Schanker, eine Eintrittspforte, noch Drüsenschwellungen finden. Der Verlauf der Fälle war ein besonders schwerer. Dreyer (Köln).

Hallopeau et Briat: **Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique, développée au pourtour d'un chancre induré.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 5. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 4. Mai 1899.)

Schanker Mitte December. Ende Januar ist das in der rechten Leiste sitzende Geschwür vernarbt. Aber in der Narbe und um dieselbe herum entsteht ein neues Geschwür, das die Größe einer Handfläche erreicht. Diese Thatsache beweist, daß das Virus an der Primärstelle persistirt, sich vermehrt und so an dieser Stelle Erscheinungen vermittelst seiner größeren Virulenz gegenüber dem im Körper verteilten Virus hervorrufen kann, die an sich eine Abtragung des Primäraffectes begründen können.

Dreyer (Köln).

Danlos: **Vergetures syphilitiques du tronc.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 5. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 4. Mai 1899.)

Ein 25jähriger Mann hatte im März 1898 einen Zungenschanker und im Juni ein papulöses Syphilid. Es ist noch jetzt eine Härte der Zunge zu fühlen. Diese langsame Resorption in dem blutreichen Organe ist auch sonst festgestellt. Außerdem finden sich jetzt auf der Haut Pigmentflecke und atrophische, narbenartige Stellen mit Querfalten am Stamm, Achseln, Seiten und oberem Teile der Glieder. Die Depigmentirung pflegt bis zu ihrer Vollendung einen Zeitraum von $1^1/_2$—2 Jahren zu beanspruchen.

Dreyer (Köln).

J. G. Adami (Montreal): **Syphilis and the Liver.** (The New York Medical Journal, 22. April 1899.)

In fast $^9/_{10}$ aller Fälle von congenitaler Syphilis finden wir Veränderungen der Leber, während solche viel seltener bei der erworbenen Syphilis beobachtet werden. Dieselben sind ätiologisch und anatomisch identisch, können aber in Folge ihrer Dauer und der verschiedenen Widerstandsfähigkeit des Lebergewebes in den verschiedenen Lebensabschnitten Unterschiede zeigen. Die congenitale Syphilis zeigt folgende Arten:

1. Gummata.
2. Miliare Gummata mit fibröser Umwandlung circumscripter Bezirke.
3. Miliare Gummata und Bindegewebswucherung des ganzen Organs: vergrößerte Leber.
4. Allgemeine atrophische Cirrhose mit Icterus, Oedem etc.: verkleinerte Leber.

Man kann diese Formen nicht in secundäre und tertiäre auseinander halten. Die interstitiellen Veränderungen sind die Folge von Degeneration und Necrose des Leberparenchyms, welche durch die Toxine des Syphilisvirus hervorgerufen werden. Bei der erworbenen Syphilis sind secundäre Veränderungen der Leber selten, immerhin sind einige Fälle von syphilitischer Hepatitis des Secundärstadiums beschrieben. Oefters ist schon Icterus ein Symptom dieser Periode. Es unterscheidet sich die erworbene Syphilis von der congenitalen darin, daß man bei ihr alle Veränderungen, die sie setzt, oft an einer Leber antreffen kann, daß bei ihr die gummösen Processe prävaliren. In Folge der längeren Dauer der Processe bei der erworbenen Syphilis finden wir bei ihr außer obigen congenitalen Veränderungen als die typischste Form große, sich involvirende Gummata mit fibröser und narbiger Umwandlung der Umgebung; auch deuten öfter Deformitäten des Organs, die zur Runzelung und Faltung geführt haben, auf alte gummöse Processe. Seltener zeigen sich tumorartige Auswüchse des Organs, die in Folge ihrer Größe und scharfen Begrenzung manchmal für maligne angesprochen werden können. Inwieweit eine Endarteriitis und Periarteriitis zu den syphilitischen Veränderungen der Leber beitragen, ist noch nicht entschieden.

Blanck (Potsdam).

Proksch: **Ueber Syphilis der Harnleiter.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 2.)

Ohne selbst etwas Neues zu bringen, berichtet Verf. in Kürze über die diesen Gegenstand betreffende, allerdings recht spärliche Litteratur.

Stockmann (Königsberg i. Pr.)

George Henry Fox: **The Differential Diagnosis of Syphilitic Eruptions and Signs in the skin of former Syphilis.** (The New York Medical Journal, 8. April 1899.)

Fox hielt diesen Vortrag am 2. März 1899 vor der „New York Academy of Medicine" und erläuterte ihn durch Projectionsbilder. In jedem Fall von Hautsyphilis kann man die Diagnose von der Haut ablesen, jedoch nur der, welcher auf Grund langdauernder klinischer Anschauung und Erfahrung sich die Bilder eingeprägt hat, welche die Krankheit den Trägern aufzeichnet. Auf die Farbe der Eruptionen läßt sich selten die Diagnose gründen. Jucken besteht fast nie. Maßgebend ist vor Allem die Anordnung der Efflorescenzen. In dem Frühstadium ist eine ausgeprägte Symmetrie vorhanden, die mit dem Alter der Syphilis verloren geht; dann kann man an der Neigung zur Gruppenbildung, an der Kreisform, an dem serpiginösen Character die luetische Aetiologie erkennen. Oft ist es wichtig, zu eruiren, ob ein Kranker früher an Syphilis gelitten hat; wird doch für so viele Krankheiten die Lues als Ursache angenommen, und hängt doch die Richtigkeit unseres therapeutischen Handelns gerade in solchen Fällen von der Erkennung der Krankheitsursache ab. An der Haut kann sich dann bisweilen unser diagnostischer Blick bewähren. Pigmentirungen sind weniger maßgebend als Narben; mehr als die Localisation (Unterschenkel) spricht die halbkreisförmige Anordnung oder ihr Auftreten in Gruppen für den syphilitischen Ursprung und giebt uns deutliche Kunde von früherer Syphilis ihres Trägers.

Blanck (Potsdam).

Eilio Janson (Astoria, Oregon): **A remarkable Case of tertiary Syphilis.** (The New York Medical Journal, 15. April 1899.)

Die Krankengeschichte der 27jährigen Frau, die vor neun Jahren im Beginn ihrer Ehe inficirt war, liefert wieder einmal ein Beispiel jener schrecklichen Zerstörungen, die die Syphilis noch nach Jahren in Folge ungenügender Behandlung machen kann. Andererseits konnte durch eine energische combinirte Jodkali-Quecksilberbehandlung noch ein leidlich gutes kosmetisches Resultat erzielt werden. Abbildungen ergänzen die Beschreibung des Falles; es waren die Nase uud deren Umgebung, sowie die Mund-Rachenhöhle befallen.

Blanck (Potsdam).

G. Etienne: **Hyperostose massive totale des deux tibias, nécrosante, d'origine hérédo-syphilitique.** (Ann. de derm. et de syph. Soc. de derm. et de syph., séance du 4. Mai 1899.)

Bedeutende partielle Hyperostosen sind bei hereditärer Syphilis ziemlich häufig und sitzen wie bei erworbener Lues meist am Schienbein. Daß da-

gegen der Knochen in seiner Totalität ergriffen wird, ist äußerst selten. Bei dem angeführten Kind begann die Erkrankung zusammen mit einer Keratitis im Alter von drei Jahren. Der Umfang beider Tibiae betrug das Doppelte des normalen in ihrer ganzen Länge, am stärksten war derselbe etwas oberhalb der Mitte. Die Schenkel sind zudem verbogen und zeigt sich ihre Convexität von vorn und außen. Außerdem sind sowohl die Oberschenkel wie die Unterschenkel verlängert und messen 29 cm (gewöhnlich 27 bezw. 24 cm in diesem Alter), die Oberschenkel ohne sonstige Veränderungen. An der maximal verdickten Stelle der rechten Tibia befindet sich ein Eiterherd, der zur Sequestrirung führt. Dreyer (Köln).

Paul Bar: **Mort d'un nouveau-né syphilitique par hémorrhagie pleurale et par rupture de la rate avec hémorrhagie profuse dans le péritoine.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 5. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 4. Mai 1899.)

Dem Titel bleibt hinzuzufügen, daß sich bei dem von einer florid syphilitischen Mutter geborenen Kind, bei dem kurz nach der Geburt Hautblutungen auftraten und das sieben Stunden post partum starb, bei der Section auch hämorrhagische Herde in den Lungen, deren Scheidewände zwischen den Alveolen verdickt waren, an der Herzwand und eine mit frischen hämorrhagischen und älteren sclerotischen und cellulären Herden versehene Leber fanden. Auffallend und wichtig für die Pathogenese gegenüber anderen Infectionen ist das frühe Auftreten der Blutungen. Gewöhnlich ist das Herz vergrößert, was hier nicht der Fall war. Auch der Sitz der Blutungen ist ungewöhnlich, da Nasen-, Darm- und Hirnhauthämorrhagien fehlten. Dreyer (Köln).

Edmond Fournier: **Une famille de dégénérés par la syphilis et l'alcool.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 5. Soc. fr. de derm. et de syph., séance du 4. Mai 1899.)

Der Familienvater, Alkoholist par excellence, bietet in pigmentirten Narben und einer Ostitis am unteren Femurende, die sich bei Jodkaligebrauch bessert, die Zeichen der Syphilis dar. Die Mutter ist hereditär syphilitisch. Ihre acht ersten Kinder sind gestorben. Viermal hat sie Zwillinge geboren, ein Zeichen, das in gewissen Fällen ebenfalls eine hereditäre Belastung bedeutet. Die fünf lebenden Kinder zeigen in den mannigfaltigsten Variationen die Stigmata der ererbten Syphilis, aber ohne eigentliche syphilitische Affection. Da der Alkoholismus die gleichen Eigenschaften vererbt, ist es hier unmöglich, jedem der degenerirenden Momente das Seine zuzuteilen. Dreyer (Köln).

Robert H. M. Dawbarn (New-York): **The Signs of Inherited Syphilis.** (The New York Medical Journal, 8. April 1899.)

Dawbarn zählt in Kürze die Symptome der hereditären Syphilis auf, 27 an der Zahl, ohne weitere Erörterungen daran zu knüpfen. Insofern würde eine Aufzählung derselben nur Bekanntes in Erinnerung bringen, sie unterbleibt daher besser. Blanck (Potsdam).

Dr. Eduard Spiegler: **Ueber die Einreibungskur bei Syphilis.** (Wiener medicinische Blätter 1899, No. 23.)

Auf Grund seiner und anderer Autoren Erfahrung kommt Spiegler zu dem Schluss, daß die mercurielle Stomatitis keineswegs eine Folge der allgemeinen Quecksilberwirkung sein muß, sondern daß dieselbe ebenso gut durch locale Einwirkung von Quecksilberdämpfen auf die Mundschleimhaut entstehen kann. Es soll daher unser Bestreben dahin gerichtet sein, daß die Inunctionskur so wenig wie möglich Inhalationskur, sondern wirklich Einreibungskur sensu stricto sei. Es muß daher die Inunctionskur so durchgeführt werden, daß sie keine Inhalationskur, sondern eine Einreibungskur ist; vielleicht ist die Welander'sche Methode, trotz der gegenteiligen Anschauung des Autors, die reinste endermatische Methode.

Immerwahr (Berlin).

1. Blomquist: **Mercuriol. Ein neues Quecksilberpräparat, nach einer neuen Methode fein verteilten Quecksilbers.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 1.)
2. Åhman: **Ueber die Behandlung der Syphilis mit Mercuriol.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 1.)
3. Schuster: **Bemerkungen zur der die Einreibekur ersetzenden Quecksilbersäckchenbehandlung Welanders.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 1.)

Die Wirksamkeit der Einreibungskur mit Hg bei Syphilis besteht bekanntlich nach Welander nicht in einer Aufnahme des Hg durch die Haut, sondern von Seiten der Respirationsorgane. Deshalb ging er von der althergebrachten Methode ab und bestrich anfangs bestimmte Hautteile mit der Mercurialsalbe, anstatt dieselbe einzureiben. Die betreffenden Hautpartien wurden, um eine Besudelung der Wäsche zu verhindern, mit einem Stück bedeckt. Später ging er einen Schritt weiter und bildete die sogenannte „Säckchenmethode“ aus, welche darin bestand, eine bestimmte Menge von grauer Salbe in einem Säckchen aus Leinen-, Baumwolle- oder Wollstoff zu deponiren. Allein auch diese Methode hatte immer noch den Nachteil, daß bei längerem Tragen des Säckchens die Fettmassen durchdrangen, die Wäsche beschmutzten und Eczeme in Folge ihrer Zersetzung erzeugten. Es ging daher das Bestreben dahin, das Quecksilber mit pulverförmigen Substanzen zu verreiben, welche die erwähnten Uebelstände einesteils vermieden, andererseits aber auch eine genügende Verdunstung des Hg garantirten. Åhman versuchte so, eine geeignete Masse durch Verreibung von Hg mit Creta zu erhalten. Allein diese Mischung zeigte sich sowohl wegen des geringen Hg-Gehaltes, als auch namentlich wegen der ungleichmäßigen und wenig feinen Verteilung des Hg — mithin wegen der schlechten Verdunstungsfähigkeit des Hg — ungeeignet. Bl. kam nun auf den Gedanken, zur Herstellung einer pulverförmigen Masse sich der Amalgamverbindungen der Metalle zu bedienen. Die Amalgame der schweren Metalle Zinn, Zink, Kadmium erwiesen sich bald als unanwendbar, teils weil die

Hg-Verbindung eine zu innige war, teils weil die erhaltene Substanz zuviel von den Metallen beigemischt erhielt. Nach längeren Versuchen gelang es jedoch, eine Amalgamverbindung mit Aluminium und Magnesium herzustellen. Ueber die Herstellungsweise gehe ich als zu weit abschweifend hinweg. Das aus der Verbindung des Hg mit den Amalgamen des Aluminium und Magnesium erhaltene Pulver hat B. Mercuriol genannt. Es ist ein graues, ziemlich lockeres, festhaftendes Pulver, das 40 pCt. metallisches Hg in äußerst feiner und gleichmäßiger Verteilung enthält. Von den bisherigen Hg-Präparaten unterscheidet es sich dadurch, daß das Hg nicht in Form von Kügelchen, sondern sozusagen in amorpher Form enthalten ist. Verf. hat zum Beweise vier mikroskopische Tafeln beigefügt. Es sind dann noch Versuche bezüglich der Resorptionsfähigkeit ausgeführt worden, welche darthaten, daß sich der Hg-Verbrauch von Tag zu Tag verminderte, so in drei Tagen um 8,4, in fünf Tagen um 4,2 und in zehn Tagen um 7,6 pCt.

Åhman hat nun dieses Mercuriol practisch in Anwendung genommen, und zwar wurde wiederum die Säckchenform in Anwendung gezogen. Ein solches ist ca. 54 cm lang und 40 cm breit. Es wird mit Bändern befestigt auf der Brust getragen und wird am besten aus einem auf einer Seite wolldichten Stoff (Parchend) hergestellt. In dem Säckchen werden in den ersten 5—10 Tagen täglich 5 g Mercuriol ausgebreitet, später bis zum Ende der Kur jeden zweiten Tag 5 g. Die Dauer der Kur wechselt zwischen 30—40 Tagen. Sobald das Säckchen schmutzig wird, ist es zu wechseln. Bezüglich des Wertes des Mercuriols is es nun wichtig, zu erfahren, 1. wieviel durch die Nieren eliminirt wird und 2. wie seine therapeutischen Erfolge sind. Im Ganzen wurden 30 Harnuntersuchungen nach der Almén-Schillberg'schen Methode angestellt. Hierbei hat es sich gezeigt, daß das Mercuriol nicht nur den anderen Präparaten gleichwertig ist, sondern dieselben sogar übertrifft. Das Gleiche gilt bezüglich des zweiten Punktes. Zum Schluß resumirt sich A. dahin, daß die Mercuriolbehandlung nicht nur therapeutisch zuverlässig, sondern auch sehr reinlich und für den Patienten angenehm ist.

Sch. will der Säckchenbehandlung mit Hg-Salbe nicht sehr wohl, ohne ihr gerade jeden Wert abzusprechen. Nach seiner Ansicht ist die Hg-Absorption eine viel geringere als bei der Inunctionskur. Dagegen hält er die Inhalationskur dennoch für aussichtslos, vorausgesetzt, daß erst eine geeignete Methode gefunden wird. In diesem Sinne bespricht er auch die sog. Flanelles mercurielles von Merget (Journal des maladies cutanées et syphilitiques du Dr. Fournier 1899, No. 1) und hält sie für beachtenswert.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Boleslaw Lapowski: **The Treatment of Syphilis.** (The New York Medical Journal, 22. April 1899.)

L. giebt in dem anregend geschriebenen Aufsatz ein die betreffende Litteratur kritisch verwendendes Exposé über die Behandlung der Syphilis.

Schon die mit großem Fleiß aus fast allen Sprachen zusammengetragene Litteratur würde, ganz abgesehen von der geistreichen Sprache und der logischen Kritik, unbeachtet der in der Arbeit niedergelegten Fülle practischen Wissens, unsere Anerkennung verdienen. Wir können es uns daher nicht versagen, in großen Zügen ein Extract der Ausführungen zu geben, selbst wenn wir viel Bekanntes und wenig Neues bringen sollten. So lange unsere Hoffnung auf ein Syphilis-Heilserum nicht erfüllt wird, ist das Quecksilber das beste, bewährteste Antisyphiliticum. Wenn es auch nicht, wie verschiedene Gründe darthun, ein direct antiparasitäres Heilmittel ist, so erfüllt es doch am ehesten die an ein solches zu stellenden Forderungen. Es scheint bewiesen, daß das Quecksilber in der Form kleinster Partikelchen der metallischen Form absorbirt wird und wirksam ist. Je größer die Menge des in Anwendung kommenden metallischen Quecksilbers ist, und je mehr von ihm je nach dem individuellen Absorptionsvermögen resorbirt wird, um so schneller und besser ist die Wirkung. Von Räuchermethoden, in denen das Hg in Dampfform, der wirksamsten Form, einverleibt wird, ist ebenso wie von intravenöser Injection wegen der damit verbundenen Gefahr Abstand zu nehmen. Nimmt man der Verabfolgungsmethode per os, die trotz schädlicher Wirkung auf den Intestinaltractus und der verlangsamten und geringen Abgabe von Hg an andere Organe von autoritativer Seite empfohlen wird, ihre auf unrichtigen Beweisen beruhende wissenschaftliche Grundlage, so muß man auch auf sie verzichten. Manche Gefahren haften auch der subcutanen Injection von Hgsalzen an; sie bleibt aufgespart für Fälle, in denen eine schnelle und starke Wirkung erwünscht ist, beispielsweise für die Augen- oder Hirnsyphilis. Allen Forderungen gerecht wird nur die Einreibungsmethode, die selbst für die reinlichsten Individuen in der Welander'schen Modification verwendbar ist. Die auch ihr sonst anhaftenden Mängel (Hautreizung, Intoxicationsgefahr etc.) können durch eine exacte Beobachtung aller bekannten hygienischen, diätetischen Maßregeln, wie eine sorgfältige Ueberwachung des Körperzustandes vermieden werden. Jodsalze, Jodkali und Jodrubidium sind im secundären Stadium nur gegen Kopf- und Knochenschmerzen wirksam, ihr Gebrauch in dem späteren Stadium ist allgemein eingeführt. Eine combinirte Anwendung beider Heilmittel ist auch dann stets empfehlenswert, und zwar gebe man wegen der event. Bildung von toxischem Hydrarg. bijod. beide nicht gleichzeitig, sondern nacheinander in einem Zwischenraum von 5—6 Tagen. Bei Nierenerscheinungen, die nicht mit Sicherheit auf Lues zurückzuführen sind, gebe man kein Hg; bis zum Verschwinden derselben sind Jodkali, Schwitzbäder, diätetische Maßnahmen am Platze. Ebenso vermeide man Hg bei geschwächter Nierenfunction schwangerer Frauen. Hat ein Luetischer zugleich Malaria, so ist Chinin mit Jodkali ohne Hg angezeigt. Zur Unterstützung der Kur erweisen sich Bäder, besonders Schwitzproceduren günstig. Chirurgische Eingriffe sind selten nötig. Hygienische und diätetische Maßnahmen können in ausgiebiger Weise zur Stärkung herangezogen werden. Locale Behandlung syphilitischer Erscheinungen muß sorgfältig durchgeführt werden;

Mercurialpflaster, Calomel, Argent. nitric., Chromsäure und Sublimatlösung sind als Rüstzeug verzeichnet. Bei schwerer Stomatitis mercurialis leistet oft eine Tamponade von 10proc. Jodoformgaze gute Dienste. Die Abortivmethode der Syphilis durch Excision des Primäraffects hat sich als nutzlos erwiesen, da die Infection immer über diese Grenze schon hinausgeschritten ist; ebenso ist eine Allgemeinbehandlung vor dem Erscheinen secundärer Symptome unzweckmäßig, ganz abgesehen von anderen Gründen schon deshalb, weil durch sie dann der Hämoglobingehalt und die Anzahl der roten Blutkörper des Blutes eine Verminderung erfährt und so eine Schwächung des Körpers die Folge ist, welche in dem späteren Kampf gegen die Krankheit nicht erwünscht sein kann. Mit der Heilbarkeit der Syphilis hängt die Frage der Behandlungsdauer eng zusammen. Ueber beide sind die Ansichten noch geteilt und werden es bleiben, so lange wir das eigentliche Virus nicht kennen. Wir müssen durch die Behandlung jedenfalls das Erscheinen späterer Manifestationen der Syphilis zu verhindern suchen. Es läßt sich nicht ohne Weiteres entscheiden, welcher Methode der Vorzug gebührt, ob der symptomatischen Behandlung, d. h. der die Kuren nur nach dem jeweiligen Auftreten der syphilitischen Erscheinungen einleitenden, oder der chronisch intermittirenden. Verf. scheint nach seinen Ausführungen mehr der ersteren zuzuneigen. Blanck (Potsdam).

R. W. Taylor (Columbia): **The Treatment of secondary Syphilis.** (The New York Medical Journal, 8. April 1899.)

Taylor steht auf dem Standpunkt, daß die Syphilis, in zweckmäßiger Weise behandelt, in 2—3 Jahren zu heilen ist. Die Allgemeinbehandlung hat sofort nach dem Auftreten der ersten Secundärerscheinungen einzusetzen, früher ist sie vom Uebel. Sonst behandeln wir, ehe etwas zu behandeln ist, wir verzögern den Ausbruch der secundären Erscheinungen, wir können dem Patienten seine Krankheit nicht ad oculos demonstriren und ihn nicht von der Wichtigkeit einer Allgemeinkur überzeugen, wir selbst können Irrtümern unterworfen sein und so dem Patienten eine Krankheit supponiren, die er gar nicht hat. Am energischsten muß die Kur in dem ersten halben Jahr vorgenommen werden, selbstverständlich unter größter Rücksichtnahme auf die Constitution des Patienten; es heißt also stets individualisiren, nie darf nach der Schablone verfahren werden. Verf. beginnt mit der innerlichen Darreichung von Hg-Pillen und applicirt auf Localaffectionen, wie Drüsen, Papeln des Kopfes etc., Mercurialsalbe. Blaßt das Exanthem ab, so läßt man graue Salbe einreiben, und zwar täglich, indem man den Körper in mehrere Teile teilt, oder mit Pausen von 1—2 Tagen zwischen jeder Einreibung. Dosis 3—4 g. Nach 15—20 Einreibungen 1—2 Wochen Pause. Bäder (auch Seebäder), Luftwechsel, Schwitzproceduren unterstützen die Kur. Jodkali soll gleichzeitig oder abwechselnd mit Inunctionen gegeben werden. Nach der ersten Inunctionskur, die ca. einen Monat dauert, läßt T. fünf Monate lang eine Lösung von Hydrarg. bijod. und Kal. jodat. innerlich nehmen. Dann 2—3 Wochen Pause. Hierauf drei Monate Inunctions-

kur mit innerlicher Behandlung abwechselnd. Nach einem Jahr kann die Krankheit bereits geheilt sein, jedoch ist es besser, während des zweiten Jahres noch einige Kuren (abwechselnd interne und Einreibungskuren) vorzunehmen, so daß acht Monate behandelt und ca. vier Monate, in entsprechenden Intervallen, pausirt wird. Meist kann alsdann der Kranke als geheilt erklärt werden. Es wäre also kurz die Behandlungsweise des Verf.'s eine chronisch-intermittirende in den ersten 2—2½ Jahren.

Blanck (Potsdam).

L. Bolton Bangs: **The Treatment of Syphilis.** (The New York Medical Journal, 8. April 1899.)

Der Aufsatz bietet nichts Neues für die Behandlung der Syphilis. Er giebt nur die therapeutische Methode an, die B. für die beste nnd rationellste hält. Neben dem Hauptpunkt der Therapie, der hygienischen Lebensweise, ist das Quecksilber das wirksamste Mittel, nächstdem das Jod, letzteres besonders in den späteren Stadien der Lues. Heiße Bäder, Douchen, Massage, Klimawechsel unterstützen bisweilen die Kur in wirksamer Weise. Den besten Erfolg in der Behandlung wird immer der Arzt haben, der am besten zu individualisiren versteht. Wenn irgend möglich, soll der Primäraffect excidirt werden, im Uebrigen seine Involution durch locale und innerliche Applicirungen von Quecksilber beschleunigt werden. Die Allgemeinbehandlung ist mit Sicherstellung der Diagnose zu beginnen. Wird das Quecksilber innerlich vertragen, so ist die interne Verabfolgung die beste; die öfter eintretende Gewöhnung an das Mittel ist durch zeitweise Unterbrechung der Kur zu umgehen. Nächstdem kommt die Inunctionskur in Frage, nur bei malignen Fällen macht Verf. von subcutanen Sublimatinjectionen Gebrauch. Die Dauer der Behadlung hängt von dem Zustande der Drüsen, der Constitution des Patienten und der Heftigkeit der Krankheit ab, Wenigstens eine dreijährige Behandlung ist nötig, um den Kranken vor späteren Recidiven zu schützen. Blanck (Potsdam).

Victor Augagneur: **Emploi des injections de sérum artificiel de Hayem dans les syphilis malignes.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 5.)

Verf. hat bei zwei Fällen maligner Syphilis Injectionen mit folgender Flüssigkeit gemacht:

Natr. chlorat.	7,0
Natr. phosphor. . . .	2,0
Aqu.	1000,0

Beide Fälle, die einer specifischen Heilung getrotzt hatten, wurden darauf zur Heilung gebracht. Ob die Behandlungsmethode durch Anregung der Diurese oder durch vermehrte Leukocytose wirkt, läßt A. dahingestellt sein. Alle fünf bis sechs Tage werden 400—500 g subcutan injicirt, und zwar genügen 4—5 Injectionen. Eine je stärkere febrile Reaction und Diurese erfolgen, um so energischer der therapeutische Erfolg. Dreyer (Köln).

Csillag: **Vier Fälle von extragenitalem weichen Schanker.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 3.)

Verf. teilt vier Fälle von extragenitalem Schanker mit, in welchen allen das Geschwür an den Fingern vorgefunden wurde. In drei Fällen wurden mikroskopisch die Ducrey-Unna'schen Bacillen beobachtet. C. rät an, jedes Mal bei weichem Schanker die ganze Körperoberfläche zu besichtigen und jedes Geschwür, um eine weitere Autointoxication zu verhüten, durch Occlusivverbände zu behandeln.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Galliard: **Adénite et phlegmasia consécutives au chancre mou.** (Le progrès médical 1899, No. 26.)

G. behandelte einen Patienten an Gastritis und heftigen Schmerzen im linken Bein. Der Oberschenkel, der vor Schmerz nicht bewegt werden konnte, war in seinem oberen Drittel geschwollen. Ferner konnte man in der Fossa iliaca eine unverschiebliche Geschwulst constatiren, welche unzweifelhaft mit den Lymphdrüsen in Zusammenhang stand. Allmählich manifestirte sich eine Phlebitis der Femoralvene und der großen Venen des Oberschenkels. Als Ursache für die Phlebitis fand G. zwei weiche Schanker im Sulcus coronarius. Die Schanker vernarbten erst nach langer Zeit. Patient wurde vollständig geheilt. Immerwahr (Berlin).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Keppel: **Double pénis.** (Echo méd. du nord; abgedruckt in Le progrès médical 1899, No. 26.)

K. berichtet im New York Medical Journal über einen interessanten Fall von doppeltem Penis; interessant nicht nur durch Mißbildung, sondern auch wegen der Reflexionen des Verfassers. K. entband ein 33jähriges Mädchen von einem Knaben. Scherzweise fragte er sie, ob sie wüßte, wer der Vater ihres Kindes wäre. Die Kreißende antwortete, daß sie mit zwei jungen Leuten geschlechtlich verkehrt hätte, beide aber so liebte, daß sie sich nicht hätte entschließen können, einen von ihnen zu heiraten. Bald darauf gab sie einem gesunden, kräftigen Knaben das Leben, welcher zwei wohlausgebildete Penes hatte. Das Kind ist jetzt 12 Jahre alt und hat noch immer seine beiden Penes. Der rechte dient nur zur Urinsecretion, und nur der linke ist erectionsfähig. Verf. fragt sich nun ängstlich, was wohl geschehen wäre, wenn die Mutter drei Liebhaber gehabt hätte, ob dann das Kind auch drei Penes gehabt haben würde, und wozu der dritte Penis gedient hätte. Immerwahr (Berlin).

Dr. H. Küttner: **Zur Verbreitung und Prognose des Peniscarcinoms.** (Archiv f. klin. Chirurgie 1899, Bd. 59, Heft 1.)

Verf. berichtet über die Ergebnisse einer Reihe von Untersuchungen über die Lymphgefäße und Lymphdrüsen des Penis, welche für die Kenntnis des Peniscarcinoms nicht ohne Interesse sind. Die Anregung zu diesen Untersuchungen gaben zwei ungewöhnlich verlaufene Fälle von Krebs des Penis, die an der v. Bruns'schen Klinik zur Beobachtung kamen. In dem ersten Fall war fast das ganze Organ amputirt und die linksseitigen Inguinaldrüsen waren entfernt worden. Das Carcinom trat bald wieder auf, und zwar nicht in loco und auch nicht in den Inguinaldrüsen, sondern eigentümlicherweise hinter der vorderen Bauchwand in der Gegend der Harnblase. Der Tod erfolgte in Kachexie unter stetigem Wachstum dieser Metastase; die Inguinaldrüsen blieben dauernd frei. In dem zweiten Fall hatte es sich um ein nicht sehr vorgeschrittenes Carcinom der Glans und des vorderen Schaftteils gehandelt; der Penis wurde amputirt, die nicht vergrößerten Leistendrüsen wurden belassen. Nach zwei Jahren zeigte sich Patient wieder mit einem starren Oedem des rechten Beines. Auffallender Weise war in den Inguinalgegenden nichts zu finden, dagegen fühlte man die rechte Beckenhälfte von einem voluminösen Drüsenpacket ausgefüllt. Erst mehr als $^1/_2$ Jahr später, kürzere Zeit vor dem Tode, erkrankten dann auch secundär die Inguinaldrüsen. Diese Fälle ließen sich nicht mit der Erfahrung in Einklang bringen, daß beim Peniscarcinom gerade umgekehrt wie beim Hodencarcinom immer zuerst die Leistendrüsen und erst später die Beckendrüsen erkranken, es schien vielmehr namentlich der zweite Fall dafür zu sprechen, daß es auch directe Lymphgefäßverbindungen zwischen dem Penis und den Drüsen im Becken giebt, welche die Inguinaldrüsen nicht vorher passiren. Um diesen noch wenig erforschten Verbindungen näher zu treten, hat nun Verf. an einer Anzahl Leichen Injectionen vorgenommen und sich dabei überzeugt, daß in der That zahlreiche Lymphbahnen des Penis existiren, welche die Inguinaldrüsen umgehen und direct und indirect in Lymphknoten einmünden, welche im Innern des Beckens gelegen sind, und zwar zum Teil in bedeutender Entfernung von ihrem Ursprungsgebiet. Da die Lymphbahnen der Vorhaut mit denen der Eichel und diese wieder mit denen der Harnröhre zusammenhängen, so besteht bei jedem Peniscarcinom, von welchem Teil des Organs es auch ausgegangen sein mag, die Möglichkeit, daß eine der beschriebenen Bahnen benutzt wird.

Für die operative Therapie des Peniskrebses sind diese Befunde ziemlich belanglos. Man wird sich nach wie vor darauf beschränken müssen, außer der Amputation des Penis eine gründliche Ausräumung sämtlicher inguinalen und subinguinalen Drüsen auf beiden Seiten vorzunehmen. Leicht erreichbare Beckendrüsen wird man um so eher mit exstirpiren, als sie die erste Station des Carcinoms in den Lymphdrüsen darstellen können und nicht schon der Ausdruck einer weit vorgeschrittenen Drüseninfection zu sein

brauchen. Größere Bedeutung als für die Therapie haben die Befunde für die Prognose des Peniscarcinoms. Man muß sich eben sagen, daß mit der Ausräumung der beiderseitigen Inguinaldrüsen nicht alle Lymphgebiete des Penis ausgeschaltet sind und daß auch dem Peniscarcinom Verbreitungswege zur Verfügung stehen, welche für das Messer des Chirurgen nicht erreichbar sind. Lubowski.

Dr. J. Schramm (Dresden): **Zur Casuistik der primären Harnröhrencarcinome des Weibes.** (Archiv für Gynäkologie 1899, Bd. 58, Heft 3.)

Die 56jährige Patientin bemerkte vor zwei Jahren in der Nähe der Harnröhrenmündung einen erbsengroßen Knoten, der sich langsam vergrößerte und schließlich Harnbeschwerden bis zur Incontinentia urinae verursachte. Die Untersuchung der cachectischen Frau ergiebt in der Gegend des Harnröhrenwulstes eine körnig-höckerige, über wallnußgroße, leicht blutende Geschwulst, die beiderseits auf den oberen Teil der kleinen Labien übergegangen war und die Urethralmündung gänzlich verdeckte. Vergrößerung der Drüsen in der linken Leistengegend.

Operation: Dicht unter der Clitoris begann die Excision des Tumors, welcher an beiden Seiten und am unteren Umfang durch tiefe Einschnitte im gesunden Teil des benachbarten Gewebes aus seinem Bett gelöst wurde, wobei die Harnröhre quer durchschnitten werden mußte. Erst jetzt wurde in unmittelbarer Nähe des Sphincter vesicae das Lumen des letzten Restes der Urethra sichtbar. Nachdem eine Umsäumung der Harnröhrenschleimhaut mittelst einiger Seidenligaturen vorgenommen war, folgte darauf eine energische Verschorfung der Wundfläche mit dem Paquelin. Einlegung eines Dauerkatheters in die Blase und eines Jodoformgazebausches in die Vagina. Hierauf Exstirpation der vergrößerten Leistendrüsen, Naht und aseptischer Verband. Nach fünf Tagen Entfernung der Nähte der Harnröhrenmündung, nach zehn Tagen Entfernung der Nähte der Leistenwunde und nach weiteren fünf Tagen Entfernung des Dauerkatheters, da Patientin den Urin eine Stunde zu halten vermochte. Nach weiteren 14 Tagen wird die Patientin bei gutem Allgemeinbefinden und vollständig gehobener Harnincontinenz entlassen. Nach einem halben Jahre Recidiv des Carcinoms bei erhaltener Harncontinenz. Ergiebige Verschorfung der carcinomatösen Wucherungen. Jodoformgazeverband. Nach Entfernung der Gaze tägliche Abspülung der Wundfläche mit starken Carbolsäurelösungen. Nach 15 Tagen Entlassung bei leidlichem Allgemeinbefinden.

Der Erfolg der Operation bestand hier also in rascher Beseitigung der Incontinenz, welche die Patientin am meisten belästigte. Dieser Erfolg ist dem Umstande zu verdanken, daß der Sphincter vesicae von der Neubildung noch nicht ergriffen war. M. L.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

E. Hurry Fenwick (London): **Clinical Notes upon the Rectal Contour and Consistence of a Thousand Prostate Glands.** (The British Medical Journal, 18. Februar 1899.)

Verschiedene Gründe bedingen unsere mangelhafte Kenntnis über die palpablen Verhältnisse der gesunden und der kranken Prostata. Das Tastgefühl ist individuell sehr verschieden ausgebildet, eine digitale Untersuchung des Rectum wird nur ungern und notgedrungen vorgenommen. Fenwick macht uns mit den Resultaten seiner gewonnenen Erfahrungen bekannt. Die Untersuchung soll stets bei leerer Blase vorgenommen werden, der Kranke beugt seinen Rumpf im rechten Winkel nach vorn, indem er sich über einen Stuhl lehnt; die Prostata nimmt verschiedene Formen an, je nachdem man die Lage des Untersuchten ändert. Man orientire sich nach dem „Sulcus interlobaris", suche die querverlaufende Linie auf, in der die Prostata sich in den Blasengrund senkt; oberhalb derselben kann man den Blasenmuskel tasten. Die Samenbläschen sind nur dann in ihren Contouren zu erkennen, wenn ihr Orificium verlegt ist oder eine entzündliche Verdickung oder eine tuberculöse Veränderung in ihren Wandungen Platz gegriffen hat. Von den Krankheiten, welche man durch rectale Untersuchung vermuten oder erkennen kann, ist die wichtigste die Tuberculose des Urinaltractus. Bei 157 derartig Kranken konnte Verf. in 58 pCt. der Fälle bei der ersten digitalen Untersuchung (incl. Nebenhoden) die Diagnose stellen. Nur ganz selten ist Epididymis und Prostata dabei nicht ergriffen, meist (80 pCt.) findet man später, d. h. bei wiederholter Examinirung, verdächtige Veränderungen. Je nach dem Stadium der Erkrankung erhebt man verschiedene Befunde, daher die Differenz in den Angaben über den palpatorischen Befund der tuberculös erkrankten Prostata. Drei Symptome führen den Kranken zum Arzt; entweder beunruhigt ihn ein Knoten in dem Nebenhoden, ohne daß er eine Ursache anzugeben weiß, er ist nie geschlechtlich krank gewesen oder instrumentell untersucht worden; meist findet man in dem Fall in dem entsprechenden Prostatalappen einen analogen unempfindlichen Knoten; Beschwerden hat der Kranke nicht. Oder die tuberculöse Affection der Prostata zeitigt Symptome, die denen bei Blasensteinen oder denen bei Nierensteinen gleichen. Tritt eine Entzündung eines tuberculösen Nebenhodens auf, so fühlt man meist auch den entsprechenden Prostatalappen durch Exsudation stark vergrößert in das Rectum vorspringen; meist führt eine solche eine Verzögerung des Processes durch den reactiven Entzündungswall herbei. Tuberkel in der Prostata, den Samenblasen und den Nebenhoden können resorbirt werden, und wir suchen oft bei späterer Untersuchung vergeblich nach dem ursprünglichen Knoten oder finden ihn verändert an Größe und Gestalt. Meist ist der Knoten kirschkerngroß, fest,

wenn auch nicht steinhart anzufühlen. Die Tuberculose beginnt meist im Nebenhoden (in 33 von 158 Fällen); von da verbreitet sie sich auf den Prostatalappen derselben Seite, dann auf den Blasenboden, um die Ureteröffnung, dann auf den mittleren und unteren Teil der correspondirenden Niere. Bisweilen geht die Tuberculose des Nebenhodens auf dem Lymphwege direct auf die Niere über. Auch die descendirende Tuberculose des Urinaltractus nimmt meist denselben Weg. In 18 pCt. der Fälle kreuzt sich dieser Weg, so daß die Tuberculose von der einen auf die andere Seite überspringt. Zum Schluß warnt Verf. vor einer localen Behandlung der tuberculösen Blase, auch eine Sondenuntersuchung bei Verdacht auf Stein kann bei Tuberculose der Blase nur schaden. Der palpatorische Befund, die klinischen Symptome unter Zuhilfenahme der Mikroskopie und Bacteriologie des Harns ermöglichen auch ohne instrumentellen Eingriff die Stellung der Diagnose. Klagt ein Patient, der ohne Pressen bisher uriniren konnte und der noch nicht instrumentell untersucht worden ist, über Nierenschmerzen und hat dabei einen tuberculösen Knoten im Nebenhoden oder in der Prostata, so kann man mit ziemlicher Sicherheit annehmen, daß die Niere auch tuberculös erkrankt ist. Anschauliche schematische Zeichnungen sind den interessanten Ausführungen beigegeben. Blanck (Potsdam).

Guépin: **Sur le cancer glandulaire de la prostate.** (Académie de médecine, mars 1899. Revue de chirurgie 1899, IV, 576.)

Das Carcinoma glandulare prostatae ist eine Neubildung, welche vom Epithel der prostatischen Drüsen auszugehen scheint und sich in dem Lumen derselben einwickelt; die wesentlichen Symptome zeigen sich in den secretorischen und excretorischen Störungen der Vorsteherdrüse. Die Geschwulst kann sein

1. weich mit reichlichen, characteristischen Blutungen und einer trügerischen Ruhe der Blase verbunden,

2. hart, mit vielen Knoten, mit anfallsweise auftretenden Schmerzen in Blase und Harnröhre (täuscht Cystitis vor) und mit schnellem Verfall der Kräfte, oder aber mit einem harten Knoten, welcher sich manchmal wie eine Cyste in's Rectum öffnet.

Hiernach ist der Beginn der Erkrankung meist unmerklich, und selten gelingt eine frühzeitige Diagnose. Dieser Drüsenkrebs kann als Complication zur senilen Hypertrophie der Prostata hinzutreten, wie G. schon früher berichtet hat. Mankiewicz.

Lépine: **Guérison spontanée d'une rétention d'urine chez un homme de 73 ans.** (Soc. nat. de méd. de Lyon, 14. November 1898. Lyon médical 1898, 48.)

L. teilt die Beobachtung eines 73jährigen Mannes mit, welcher ohne frühere Erkrankung des Harnapparates seit einem Jahre an Polyurie (ohne Albumen und ohne Zucker) litt; seit einigen Wochen hatte er Galopprhythmus und später Schwäche des Pulses. Nach mehrfachen Besserungen durch

Digitalis Tod in plötzlicher Ohnmacht. Man fand eine Greisenniere mit erweiterten Kelchen und Nierenbecken, eine etwas große Balkenblase mit gesunder Schleimhaut, eine mäßige Prostatahypertrophie ohne Strictur der Harnröhre. Man sieht selten eine durch eine Prostatahypertrophie bedingte Harnretention in so hohem Alter spontan ohne Eingriff heilen. Hier war zu einer bestimmten Zeit sicher Harnretention da, da die Ureteren und Nieren so dilatirt waren. Die nicht inficirte Blase überwand durch Hypertrophie das prostatische Hindernis und es kam zur Polyurie, sowie der Gegendruck in den unteren Harnwegen aufhörte. **Mankiewicz.**

Viertel: **Ueber die Bottini'sche Operation.** (Medicin. Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländischen Cultur, Sitzung vom 10. März 1899.)

V. hat unter seinen bisher ausgeführten 23 Prostataincisionen nach Bottini einmal unmittelbar vor derselben die Blase durch die Sectio suprapubica zur Entfernung eines Tumors eröffnet. Er konnte daher unmittelbar nach der Bottini'schen Operation den gebildeten Hohlweg mittelst Palpation controliren und vernähte darauf die Blase und Bauchwunde. Als nach neun Tagen der Dauerkatheter entfernt wurde, entleerte sich ein wenig Urin durch die Bauchwunde, was durch die Lösung einer Naht verursacht war, wie sich später herausstellte. Diese wanderte in die Blase, wo sie Anlaß zu einem Stalaktiten gab, der später spontan durch die Harnröhre abging. Löwenheim (Liegnitz).

Bransford Lewis (St. Louis): **The Question of Inflating the Bladder with Air Preliminary to the Bottini Operation.** (Medical Record, 25. März 1899.)

Lewis empfahl vor Kurzem zur Füllung der Blase bei der Bottini'schen Operation die Luft, in der Erwägung, daß Borlösung durch die Erhitzung des Messers in dessen Umgebung zu einer Verbrühung der Blasenwand Anlaß geben könne und daher auch sehr schmerzhaft sei. In einer Arbeit über seine Erfahrungen mit der Bottini'schen Operation warnte W. Meyer (New-York) vor der Lufteinfüllung der Blase auf Grund der Experimente von Lewin und Goldschmidt, durch die eine Luftembolie der Art. pulmonal. bei Luftanfüllung der Blase und klaffendem Ureter als möglich erwiesen wurde. Trotzdem kann die Gefahr nicht so groß sein, denn täglich müßten Kelly bei seiner cystoskopischen Untersuchungsmethode und die Chirurgen bei der auf Vorschlag Bristowe's in Anwendung gezogenen Luftdistension der Blase bei der Epicystotomie auf diese gefährliche Eventualität gefaßt sein. Verf. hat an einem Hunde weiter die Experimente von Lewin und Goldschmidt nachgeprüft, hat aber trotz der günstigsten Bedingungen, die er künstlich schuf, eine Luftembolie nicht nachweisen können. Ferner hat er eine Rundfrage bei verschiedenen namhaften Chirurgen angestellt, von denen fünf die Lufteinblasung der Blase bei Operationen anwenden. Weder die letzteren, noch drei weitere Chirurgen haben eine

schädliche oder unheilvolle Wirkung derselben je gesehen, noch von einer solchen gehört. In Folge aller dieser Thatsachen hält Verf. alle Einwände gegen die Luftfüllung der Blase für erledigt und hinfällig.

Blanck (Potsdam).

Kersmaecker: **Hämospermie.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 3.)

Die Hämospermie ist ein Symptom, dessen Deutung oft Schwierigkeiten macht. Eine genaue Untersuchung des Genitaltractus ist dazu durchaus erforderlich. Es genügt keineswegs die Zweigläserprobe und einfache Palpation der Prostata und Samenblasen vom Rectum her. Eine ausgiebige Massage der Prostata und nunmehriges Urinlassen in ein drittes Glas sind durchaus erforderlich. Findet man nun blutigen Prostatasaft, so kann man von einer hämorrhagischen Prostatitis sprechen. Immer ist aber auch die Massage der Samenblasen und Samenleiter mit auszuführen, um festzustellen, ob nicht aus diesen die Blutung stammt. K. hat im Ganzen neun Fälle von Hämospermie beobachtet und teilt diese in drei Gruppen:

1. solche mit einer einzigen blutigen Ejaculation (3 Fälle),
2. solche mit mehreren blutigen Ejaculationen (2 Fälle),
3. solche mit anhaltenden blutigen Ejaculationen (4 Fälle).

Die Ejaculationen sind gewöhnlich schmerzlos. Je bluthaltiger, desto röter ist das Ejaculat; sonst schwankt die Farbe zwischen braun, rost- und chocoladenbraun. Weder der etwa auftretende Schmerz, noch die Farbe sind pathognomonisch für die Provenienz des Blutes; ebenso wenig giebt die Endoskopie einen Anhalt; auch die mikroskopische Untersuchung läßt gewöhnlich im Stich.

Verf. kommt zu folgendem Resumé:

1. Bei Hämospermie stammt das Blut in der Regel aus der Prostata. Bei den acuten Entzündungen der Harnorgane kann der Ort der Blutung allerdings des Oefteren ein anderer sein; doch ist dieser dann durch sorgfältige Untersuchung immer mit Sicherheit nachzuweisen.

2. Jeder chronische Fall, bei dem eine genaue Untersuchung und Beobachtung, die man jedoch an den bisher veröffentlichten Fällen vermißt, einen anderen Sitz der Blutung festgestellt hat, muß als Ausnahme von der Regel gelten.

Eine Deutung der Hämospermie, die sich auf ungenügend untersuchte Fälle stützt, kann immer nur als eine zweifelhafte angesehen werden.

3. Hämospermie ist kein Symptom von Spermatocystitis. Weder die mit mir beobachtenden Collegen . . . . . noch ich selbst haben bei dieser Affection je blutiges Sperma beobachten können.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

v. Borlély: **Eine modificirte radicale Operation der Hydrocele.** (Pester medicinisch-chirurgische Presse 1899, No. 22.)

Die vom Verf. vorgeschlagene Modification ist im Grunde mit dem Verfahren Julliard's identisch und besteht in Folgendem: Nach nötiger

Reinigung führt Verf. über die ganze Länge der Hydrocele zwei leicht gebogene Schnitte, welche ineinander zurücklaufen; die Schnitte umschließen somit einen oleanderblattförmigen Teil der Haut. Dann senkt er den Hautschnitt ganz bis zur Tunica und entfernt vorsichtig die umschnittene Hautpartie samt den unter derselben befindlichen Lamellen. Genaue Blutstillung. Der zu eröffnende Hydrocelensack steht nun frei. Bevor derselbe eröffnet wird, separirt man die Wunde der Haut entweder mittelst Hydrophil- oder Jodoformgaze sorgfältig, und nun schlitzt man die Tunica der Länge nach derart, daß die Richtung des Schnittes die gerade Linie zwischen den sich treffenden Punkten der Hautschnitte einhalte. Indem man die Enden der Tunica zwischen geankerte Péans nimmt, achtet man beim Ablassen der Flüssigkeit darauf, daß dieselbe nicht an die Ränder der Wunde ankomme. Nach gänzlichem Ablassen tupft man darauf, die Péans erhebend und zusammennehmend, die Wunde der Haut und des unter derselben befindlichen Gewebes mit entweder in Sublimat- oder in Borlösung getauchten kleinen Tampons ab, dann orientirt man sich über den Zustand des Hodens und des Funiculus, und indem man nun die Ausdehnung der zu amputirenden Tunica abmißt, entfernt man von demjenigen Teile der Tunica, welcher mit dem über derselben befindlichen Gewebe zusammenhängt, auf stumpfem Wege mit den gewöhnlich mit steriler Gaze umhüllten Fingern so viel, als vollkommen genügend erscheint, damit nach der Vereinigung und Amputirung der Tunica die ganze Wunde mit Haut gedeckt sei, so daß Schicht auf Schicht präcis liege, daß mit einem Worte die normalen Raumverhältnisse des Organs hergestellt werden. Ist dies geschehen, so reibt man die innere Oberfläche der Tunica sanft mit Jodoformgaze ab und nimmt die Tunica entweder über dem Hoden oder über dem Samenstrang derartig zusammen, daß sie diese präcis, aber doch nicht straff, decke, und applicirt dann eine Matratzennaht mit Catgut. Nun amputirt man den übrigen Teil der Tunica über der Naht auf 0,5—1 cm. Nach der Amputation wird es sofort ersichtlich, ob die Hautlappen präcise passen oder nicht; sind dieselben passend, dann macht man Knopfnähte mit doppeltgeführter Seide, so daß man mit der Nadel der rechten Seite den rechten Tunicalappen und nachher die Haut durchsticht, dann geschieht dasselbe auf der linken Seite; endlich wird geknüpft. Bieten die Lappen der Haut nicht die genügende Sicherheit dafür, daß ihr Zusammennähen ohne größere Spannung möglich ist, dann kann man die Tunica noch ein wenig auftrennen.

Nach der Operation tritt die adhäsive Entzündung ein. Eben wegen dieser ist es nötig, daß die deckende Tunica und Haut dem Hoden oder dem Funiculus präcis, jedoch nicht knapp anliegen, da, wenn dieselben zu kurz amputirt sind und durch ihre Vereinigung der zu deckende Teil sehr eng eingeschlossen wird, die die Entzündung begleitende Anschwellung, abgesehen davon, daß sie heftige Schmerzen verursacht, auch schon durch die große Spannung, unter welcher in Folge der Nähte die deckenden Teile sich befinden, den Erfolg in Frage stellt. Eine allzu ausgedehnte Hautabtragung bildet ebenfalls eine Schattenseite dieser Operation, jedoch steht

es in der Macht des Operateurs, dies ganz zu vermeiden. Aehnlich steht es mit der Entfernung allzu großer Teile der Tunica. Darum ist auch die präcise Einhüllung des Hodens oder Funiculus von Wichtigkeit. Wenn dann die entstehende Narbe sich auch zusammenzieht, führt diese Zusammenziehung nicht zu Strangulation. Im Falle einer Eiterung oder nachträglichen Blutung könnte man nach Eröffnung der Hautwunde ganz leicht zwischen die Tunica und Haut vorgehen und das Blut oder Eiter von dort auswaschen, ohne den Heilungsproceß der Tunica zu stören. Lubowski.

Dr. Moritz Popper: **Störungen der Samenentleerung.** (Wiener medicinische Blätter 1899, No. 17—23.)

1. Der Sphincter spermatocystae kann nach dem Grade seiner Schwäche verursachen: Schlafpollution, Spermatorrhoe, mit diesen gemeinschaftlich während des Beischlafes rasche Ejaculation mit gesunkenem Wollustgefühl und mit stufenweiser Verspätung des Höhepunktes der Erection, das völlige Ausbleiben derselben — Impotenz. 2. Die Schwächung des Sphincter spermatocystae wird durch die Blennorrhoe und durch Excesses in venere verursacht, und zwar insbesondere in unentwickeltem Alter 3. Die Wirkung der Onanie ist nichts Anderes, als Excessus in venere im Jugendalter, wo die Prostata und darin der Sphincter spermatocystae noch nicht ganz entwickelt sind und die ihnen aufgebürdeten Lasten nicht ertragen können. 4. Die Neurasthenie kann, insofern sie allgemeine Muskelschwäche verursacht, auch den Sphincter spermatocystae schwächen, dessen Schwäche Pollution, Spermatorrhoe u. s. w. nach sich ziehen kann. 5. Zwischen den localen Veränderungen und der Neurasthenie giebt es keine unmittelbare Connexion. Die Durchgangsverbindung zwischen ihnen ist die psychische Einwirkung. Wo diese nicht vorhanden ist, bei leichtsinnigeren Leuten lustigen Gemütes, dort wird trotz der localen Veränderungen keine Neurasthenia sexualis auftreten. Bei ernsteren, besorgten Individuen aber ja. 6. Während der Behandlung zeigt die entwickelte Schwäche größeren Grades des Sphincter spermatocystae im Durchgange der Reihe nach die Schwächesymptome kleineren Grades, bis am Ende Alles wegbleibt. 7. Auf die aus den Centren herrührenden Pollutionen konnte Verf. mit seinem Verfahren der Faradisirung der Prostata keine Wirkung ausüben.

Immerwahr (Berlin).

Weinberger: **Die perineale Hodenverlagerung.** (Centralblatt für Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 1—2.)

Anläßlich eines beobachteten Falles perinealer Hodenverlagerung geht Verf. auf die ganze Materie näher ein. Bemerkenswert ist, daß im vorliegenden Fall (linker Hoden) auch die linke Prostatahälfte in ihrer Entwicklung sehr zurückgeblieben war. Das durch Druck per Rectum resp. auf die Hoden aus der Harnröhre herausbeförderte Secret entsprach einem Azoospermen. Nichtsdestoweniger war Patient Vater von sechs Kindern. — Bezüglich der weiteren Details sei auf das Original verwiesen.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

VII. Blase.

Prof. Dr. Gustav Kolischer (Chicago): **Pericystitis in puerperio.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 25.)

Diese im Titel bezeichnete Erkrankung hat Verf. mehrfach im Spätwochenbett beobachtet. Der Verlauf ist gewöhnlich folgender: Nachdem die Patienten schon längere Zeit über die Notwendigkeit des Pressens beim Uriniren geklagt haben, oder durch ungewöhnlich lange Zeit post partum haben katheterisirt werden müssen und eine leichte Empfindlichkeit der Unterbauchgegend bestanden hat, tritt plötzlich Fieber auf. Bisweilen leitet sogar ein Schüttelfrost die Scene ein. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt nun, daß die vordere Hälfte des Beckens ausgefüllt ist von einem scheiben- oder kuchenförmigen Tumor, von dem der Uterus nicht abzugrenzen ist. Der Tumor liegt der vorderen Bauchwand knapp an und ist besonders an seiner Vorderseite gegen Druck empfindlich. Dieser Zustand schleppt sich mit geringen Schwankungen durch Wochen und Monate fort. Endlich kommt es zur spontanen Ausheilung des Processes, als dessen Reste oft zipfelige Verschiebungen der Blase zurückbleiben. Die genaue Diagnose dieser Erkrankungsform wird nicht immer gemacht. Thatsächlich hat Verf. in zwei Fällen von solcher puerperaler Pericystitis Laparotomie ausführen gesehen, da die betreffenden Operateure auf diesem Wege an ein parametranes Exsudat heranzukommen glaubten, das sich gegen die vordere Bauchwand hin zum Durchbruch anschicke. In beiden Fällen war der Befund nach Eröffnung der Bauchhöhle ein typischer. Die Reservefalte des Peritoneums war, wie in allen Fällen von ausgebreiteter Pericystitis, aufgebraucht, die Blase in einen harten, scheibenartigen Tumor verwandelt, der wie ein Brett in die Bauchhöhle vorragte; der Uterus, an sich normal und beweglich, war eng an die Unterseite des Tumors angelagert und vollständig von diesem überdacht; die Parametrien erwiesen sich zart und frei. Die exacte Diagnose der Pericystitis kann man nun auf Grund folgender Anhaltspunkte machen. Zu diesem Behuf ist es zweckmäßig, die objectiven Symptome in zwei Gruppen zu teilen; solche, die man durch bimanuelle Palpation, und solche, die man durch die innere Untersuchung der Blase nachweist. Durch bimanuelle Palpation findet man zunächst in der Blasengegend den oben erwähnten scheibenförmigen, harten Tumor; bisweilen läßt sich durch rectale Palpation der Uterus vom Tumor isoliren; gleichzeitig läßt sich feststellen, daß die Parametrien weich und zart sind. Sehr oft gelingt es, gegen den harten Widerstand, den der Blasentumor abgiebt, die Ureteren ganz deutlich herauszutasten, was bei ausgebreiteten parametranen Exsudaten nicht möglich ist. Die interne Untersuchung der Blase ergiebt Folgendes: Die Capacität der Blase ist nicht wesentlich beeinträchtigt, wohl aber ist das ganze Organ in die Länge gezogen, wie die Sondirung erweist; wenn man die Blase mit Wasser

füllt, so geht dies ganz leicht, bis man das Maximum der Ausdehnungsfähigkeit erreicht hat; dann erfährt man ganz plötzlich einen starken Widerstand, der nicht verwechselt werden kann mit dem schwankenden Druck von reactiver Contraction; dieser Widerstand beruht eben auf der starren Infiltration der Blasenwand. Nach spontaner Miction findet sich immer etwas Residualharn, die Blase kann sich also nicht vollständig contrahiren. Die cystoskopische Untersuchung lehrt Folgendes: Der Schnabel des Cystoskops läßt sich nur schwer aufrichten; die Blase ist also in der Richtung von vorn nach hinten beengt. Die Schleimhaut der vorderen Wand ist gequollen, ödematös und mit punktförmigen Ecchymosen durchsetzt, ein Zustand, welchen Verf. als characteristisch für Pericystitis festgestellt hat. Dazu kommt noch, daß man in der Regel am Tuberculum urethrae in der Richtung gegen die Clitoris hin häufig Oedem findet, ebenso auf dem Mons veneris. Bezüglich der Aetiologie machte Verf. die Beobachtung, daß entweder eine sehr protrahirte Geburtsthätigkeit vorausgegangen war, oder es war die Entleerung der Blase zur richtigen Zeit verabsäumt worden, oder die Geburt war durch sehr schwierige Zangenoperation beendigt worden. Therapeutisch suchte Verf. zuerst die Schmerzen durch Ichthyolsuppositorien zu bekämpfen; durch Application von heißen Kataplasmen auf die Unterbauchgegend und durch heiße Ausspülungen der Blase suchte er die Resorption zu beschleunigen und so den Krankheitsverlauf abzukürzen.

Immerwahr (Berlin).

W. Mc Adam Eccles (London): **A Case of profuse spontaneous Haemorrhage into the Urinary Bladder.** (The British Medical Journal, 11. Februar 1899.)

Ein 45jähriger Maler konnte nach einer anstrengenden Arbeit keinen Urin lassen, ohne vorher an irgend welchen Harnbeschwerden gelitten zu haben. Starke Schmerzen in der Regio hypogastrica gesellten sich hinzu, durch einen Katheter wurden nur wenige Tropfen Blut zu Tage gefördert; ein falscher Weg war nicht gemacht worden. In collabirtem, stark anämischen Zustand kam der Kranke in die Behandlung des Verfassers; die stark extendirte Blase reichte bis zum Nabel. Katheterisation ohne Erfolg. Durch die Sectio mediana wurden über $^1/_2$ l stark blutigen Urins entleert, Blutklumpen wurden durch Irrigation möglichst entfernt, die Blutung durch Einlauf heißen Wassers gestillt. Vier Stunden später Erneuerung der Blutung, Sectio alta. Durch Compression der Bauchaorta ließ sich erkennen, daß das Blut vom Trigonum kam, eine directe Ursache, wie ein Papillom etc., ließ sich nicht nachweisen. Trotzdem nimmt Verf. an, daß bei den Manipulationen zur Entfernung des Blutklumpens villöse Massen mit evacuirt sein könnten. Durch Spülung der Blase mit heißem Wasser (49° C.) kam die Hämorrhagie zum Stillstand. In den nächsten drei Tagen wiederholte sie sich noch von Zeit zu Zeit, um dann völlig zu verschwinden. In kurzer Zeit konnte der Patient geheilt entlassen werden.

Blanck (Potsdam).

Gangolphe: **Cystotomie pour cystite tuberculeuse.** (Société de chirurgie de Lyon, 21. Juli 1898. Revue de chirurgie 1899, III, 442.)

Der Patient ist vor $1^1/_2$ Jahren wegen tuberculöser Cystitis mit der Sectio alta behandelt worden, da keine Behandlung Besserung brachte und der Kranke durch die entsetzlichen Schmerzen zum Selbstmord bereit war. Nach der Operation blieben aber die Schmerzen bestehen, trotz Entfernung der Drains; erst viel später ließen die Schmerzen nach; dieselbe Beobachtung machte G. bei einer Neubildung der Blase. Der Patient hat 10 kg an Gewicht zugenommen und geht seinem Beruf als Landmann nach.

Ollier beklagt die völlige Vernachlässigung der Sectio perinealis, welche er in einem solchen Falle, wo man die Drainage am tiefsten Punkt einrichten will und wo der Dammschnitt tuberculöse Herde in der Prostata und im Blasenfundus freilegt und eröffnet, für die Operation der Wahl erklärt. Mankiewicz.

Viertel: **Fremdkörper der Blase.** (Medicinische Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur, Sitzung vom 10. März 1899.)

V. hat aus der Blase einer Frau eine Haarnadel entfernt, welche mit den Spitzen nach dem Orificium internum hin gelagert war. Er drehte zunächst die Nadel mit dem Cystoskop um 90°, mußte sich aber wegen der in Folge vorausgegangener Verletzungen entstehenden Blutung hiermit begnügen und faßte den Fremdkörper mit einer Urethralzange, mittelst welcher derselbe sich auch entfernen ließ, da sich die eine Branche zusammenbog und so ein stumpfes Ende bildete. Löwenheim (Liegnitz).

Prof. Duplay (Paris): **Ueber vesico-intestinale Fisteln.** (Allg. Wiener med. Zeitung 1899, No. 11—12.)

In dem betreffenden Falle lag eine Blasen-Darmfistel vor, welche die Blase mit dem Cöcum oder dem Wurmfortsatze in Communication gesetzt hat. Diese Fistel hat sehr wahrscheinlich von einer tuberculösen Läsion des Darmes ihren Ausgangspunkt genommen, die sich langsam auf die Blase fortgepflanzt hat.

Die Prognose dieser Fistel ist von verschiedenen Standpunkten aus eine ernste. Vor Allem ist, wie bei jeder localen Tuberculose, zu fürchten, daß sich der infectiöse Proceß generalisirt, die Eingeweide und insbesondere die Lunge in sein Bereich zieht. Ebenso können verschiedene Complicationen zu der Fistel hinzutreten. Thatsächlich führt der Urin in der Blase Bacillen mit sich; von Anfang an tuberkelfrei, kann die Blase, wenn sie nicht schon vom Proceß ergriffen ist, in denselben einbezogen werden. Allein außer der specifischen Infection, der die Blase stets ausgesetzt ist, kann sie auch von einer septischen Infection befallen werden, die aus der Passage der Fäcalstoffe und der Darmmikroben, insbesondere des Colibacillus,

resultirt. Die infectiöse Cystitis kann in ihrem Verlaufe, wie dies häufig vorkommt, zu einer aufsteigenden Pyelonephritis Veranlassung geben, die oft den Exitus herbeiführt. Endlich kommt noch eine Complication in Betracht, die beinahe unausweichlich ist, nämlich die Bildung von Steinen aus den Kotteilchen und Speiseresten. Endlich trübt noch eine Erwäguug die Prognose, und das sind die Schwierigkeiten und die Unsicherheit der Behandlung.

Die Therapie kann eine medicinische oder chirurgische sein Die medicinische Behandlung, welche sich auf den Allgemeinzustand erstreckt und die Blasenauswaschungen umfaßt, bietet keine erfolgreiche Aussicht. Die chirurgische Behandlung kann eine Heilung sichern. Aber es ist schwer zu bestimmen, wann man den chirurgischen Eingriff beginnen soll, und auch nicht minder schwierig, bestimmte Regeln für die Operation aufzustellen, denn die Operationsmethode richtet sich nach den anatomischen Verhältnissen der Fistel und nach dem Zustande des Darmes und der Blase. Im vorliegenden Falle kommen zwei Methoden in Betracht: Man kann die Fistel angehen erstens durch die Blase nach ausgeführter Cystotomie und zweitens durch die Bauchhöhle nach Vornahme der Laparotomie.

1. Intervention durch Cystotomie: Die Methode hat den Vorteil, daß man im Falle von tuberculösen Affectionen der Blase gleichzeitig auf diese und die Oeffnung der Fistel einwirken kann; allein bei dem Eingriffe nach dieser Methode kann man nichts gegen die Intestinalfistel und auch nichts gegen die dazwischen liegende Querbrücke unternehmen, welcher Umstand, auch zugegeben, daß die intravesicale Operation von Erfolg begleitet ist, zu Recidiven disponirt.

2. Intervention durch Laparotomie: Diese Methode scheint für die Mehrzahl der Fälle die passendere zu sein. Dank der weiten Oeffnung, die man mittelst der Laparotomie schafft, kann man den fistulösen Gang offen legen und allmählich gegen die Mündung der Blase und des Darmes vorgehen. Außerdem kann man bei gegebener Gelegenheit veranlaßt werden, die Resection des Appendix, ja sogar des Cöcum vorzunehmen, wenn die Läsionen sehr schwere sind. Allein man weiß, daß einfache Fisteln des Dickdarmes ganz von selbst heilen, ohne daß es nötig wäre, eine Naht anzulegen. Bei Fisteln von der Art der vesico-vaginalen Fisteln ohne tiefere Veränderung des Cöcum genügt es oft, die Blasenöffnung zu schließen und die Darmöffnung von selbst zuheilen zu lassen, indem man dafür Sorge trägt, die Wunde mit aseptischer Gaze zu bedecken. Wenn die Cystoskopie nicht eine specielle Indication ergiebt, wählt Verf. stets die abdominale Methode zur Operation.

In dem Falle des Verf.'s ergab die vorgenommene Cystoskopie das Resultat, daß die fistulöse Oeffnung an der hinteren Fläche der Blase saß, in der Höhe nach rechts hin, in der Nähe der Mittellinie. Die Blase zeigt keinerlei offenkundige tuberculöse Veränderungen. Die einige Tage nachher ausgeführte Operation bestätigte in allen Punkten die früher gemachte Diagnose. Die in der Medianlinie gemachte Incision der Bauchwandungen legte

eine Masse Adhäsionen bloß, die das Cöcum mit der rechten Seitenwand der Blase an ihrer Spitze vereinigten. Indem man vorsichtig die miteinander verwachsenen Partien loslöste, konnte man sich überzeugen, daß nur eine sehr kleine Höhle zwischen der Blase und dem Darm existirte. Die Blasenmündung, welche kaum die Größe eines Fünfcentimesstückes hatte und unregelmäßig gestaltet war, wurde sorgfältig vernäht. Die intestinale Oeffnung war so klein, daß man sie nicht zu vernähen für nötig befand. Nachdem die Abdominalwunde so viel als möglich vereinigt wurde, legte man in die Tiefe einen dicken Gazestreifen, von dem ein Ende bis zu der intestinalen Fistel sich erstreckte und das andere die abdominale zusammengezogene Wunde durchquerte. M. L.

Bérard: **Résection étendue de la vessie pour tumeur maligne du dôme vesical.** (Société de chir. de Lyon, December 1898. Revue de chirurgie 1899, III, 572.)

Ein 48jähriger Mann bekommt im August 1898 Hämaturie und Dysurie. Nach Sicherstellung der Diagnose Operation am 30. September. Das Gewebe der Blasenwand war über 3 cm dick und erst durch eine Incision unter dem Schambein gelang es, in das Lumen der Blase zu gelangen; es fand sich ein faustgroßer, die ganze Blasenkuppel einnehmender Tumor; das Trigonum und der Fundus waren frei. Verwachsungen hinderten die Abschiebung des Bauchfelles, so daß dasselbe vorn und hinten durchtrennt und genäht wurde. Der Tumor wurde entfernt, die Blase war dadurch auf ein Viertel ihrer Capacität reducirt. Die Ränder der Blasenwunde wurden an die Haut genäht, nach drei Wochen war die Wunde fast geschlossen. Im November kam es aber zum Recidiv, in Folge dessen der Kranke sehr heruntergekommen ist.

Die bösartigen Geschwülste der Blasenkuppel sind selten; bei 9 Fällen handelte es sich 8mal um Epitheliome. Diese Art Geschwülste haben die ersten Versuche der Blasenresection veranlaßt. Von 27 von Veliaminoff gesammelten Fällen partieller Blasenresection hat die Operation 19mal Erfolg gehabt, 8mal erfolgte der Exitus (30 pCt.). Die primäre Eröffnung des Peritoneums und die Naht desselben nach Ausschaltung des erkrankten Teiles desselben erleichtert die Operation und giebt bessere Resultate. Die Schwere des Eingriffs und die nur mäßigen Heilresultate bei bösartigen Geschwülsten weisen auf eine vorsichtige Indicationsstellung hin; es empfiehlt sich, nur bei begrenzten Geschwülsten, welche sich an nicht mit Bauchfell bedeckten Stellen entwickelt haben, radical zu operiren. In diffusen Fällen ist höchstens die Sectio alta angebracht. Mankiewicz.

Chandeluse: **Sur la continence du méat hypogastrique après l'épicystostomie.** (Société de chir. de Lyon, 5. Mai 1898. Revue de chirurgie 1899, III, 437.)

Nach der Herstellung einer Blasenöffnung am Unterleib läuft der Harn meist continuirlich durch diese Oeffnung ab. Um diesem Uebelstande abzu-

helfen, verfährt Ch. derart, daß er zwei von den geraden Bauchmuskeln entnommene Muskelbündel sich in der Mittellinie doppelt kreuzen läßt und durch die Kreuzungsöffnung zieht er die Blasenwand, bevor er sie an die Haut annäht. An jedem inneren Rectusrand löst er durch einen 10 cm langen, 2 cm vom Rande entfernten Schnitt ein Muskelband, welches oben und unten aber mit dem Muskel in Verbindung bleibt, und macht dasselbe beweglich. Dann zieht er das Band des rechten Rectus bis zum linken Rectus und fixirt dasselbe dort mit Naht, und umgekehrt zieht er das Band des linken Rectus bis zum rechten Rectus zur Befestigung. Durch den Zwischenraum der so hergestellten beiden Bänderkreuzungen zieht man die Blasenwand vor ihrer Annähung an die Haut mit starker Seide. Die Blasenöffnung wird sofort durch die Contractilität der gekreuzten Muskelbündel geschlossen und es bedarf der Einlage eines Drainrohrs, um die Oeffnung offen zu halten und während der ersten Tage einen continuirlichen Urinabfluß herzustellen.

(Die Anlegung einer Witzel'schen Schrägfistel erscheint mir einfacher und practischer. Ref.) Mankiewicz.

VIII. Ureter, Niere etc.

Dr. B. Poll (Rostock): **Ein Fall von multipler Zottengeschwulst im Ureter und Nierenbecken.** (Beiträge zur klin. Chirurgie 1899, Bd. 23, Heft 3.)

Der 41jährige Patient erkrankte ungefähr Weihnachten 1895 mit Schmerzen in der linken Nierengegend, die nach schwerer Berufsarbeit besonders heftig wurden und ihn zwangen, sich hinzulegen. Nach einigen Tagen Bettruhe verschwanden regelmäßig die Schmerzen. Während der Schmerzanfälle will der Patient Blut im Urin gesehen haben. Weihnachten 1896 erlitt Patient einen Unfall: er glitt aus und fiel, wobei der im Hüftgelenk stark flectirte linke Oberschenkel gegen die vordere Bauchwand schlug. Sofort traten heftige, in die Lendengegend ausstrahlende Schmerzen in der Nierengegend auf. Patient fieberte. Der hinzugerufene Arzt constatirte Blut im Harn. Bettruhe, Eis, Einreibungen ohne Erfolg. Daher Aufnahme in's Krankenhaus am 23. Februar 1897. Hier ergiebt die Untersuchung einen über mannsfaustgroßen Tumor unterhalb des linken Rippenbogens, der teilweise von derber Consistenz war, teilweise aber deutliche Fluctuation zeigte. Im stark eiweißhaltigen Urin reichlich Leukocyten, aber keine Cylinder und keine Blutbestandteile. Die Cystoskopie ergiebt das Ausspritzen von normalem Urin aus der rechten Ureteröffnung. Die linke Ureteröffnung liegt etwas eingezogen und umgeben von einer weißlichen gelben Masse. Während

der Untersuchung gelingt es, zweimal einige Tropfen trüben Urins, anscheinend mit weißlichen Gewebsfetzen vermischt, auftreten zu sehen. Mäßige Cystitis mit teilweise leichter Trübung der Schleimhaut und mittelstarker Injection der Gefäße. Diagnose: Tumor renis sinistri. Am 3. März wurde zur Operation geschritten und die linke Niere von einem schrägen Lumbalschnitt aus exstirpirt. Die Niere zeigt sich nicht vergrößert, wohl aber das Nierenbecken, das in einen derbwandigen Sack von Apfelgröße verwandelt ist. Da der Ureter am Anfang seines ersten Drittels sich höckerig anfühlt und krankhaft verändert erscheint, wird ein ca. $3^1/_2$ cm langes Stück mitexstirpirt und dann im Gesunden unterbunden. Unterbindung der Gefäße. Bei dem Abtasten der Wundhöhle wird in dem Winkel zwischen Nierengefäßen und Aorta ein harter Tumor gefühlt, der durch seine feste Verwachsung mit den Gefäßen eine Exstirpation ausschließt. Trotzdem die Wundhöhle in der Folgezeit gut granulirt, klagt der Patient über starke Schmerzen im Leib. Fieber, Abmagerung, Unruhe. Urin normal. Am 13. April Exitus. Die makro- und mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab eine Zottengeschwulst der Schleimhaut des Ureters und des Nierenbeckens der linken Niere. Im Ureter und Becken war eine Wucherung der Geschwulst in die Tiefe nicht vorhanden, die Grenze zwischen Epithellager und bindegewebiger Schleimhaut war scharf, am Grunde der Wucherung nur mäßige Zell- und Gefäßproliferation. In den Kelchen dagegen war die Geschwulst unter starker Sprossenbildung in die Tiefe gewuchert. Eine Grenze zwischen Epithel und Schleimhautgewebe war nicht vorhanden, dagegen sehr starke kleinzellige Infiltration und Gefäßproliferation, starke Wucherung der Bindegewebskerne, Hämorrhagien und erweiterte Capillaren in der Umgebung der Wucherung.

Es handelte sich somit im mitgeteilten Fall um eine aus unbekannten Ursachen auf der Schleimhaut des Nierenbeckens und Ureters entstandene papillomatöse Wucherung, die an den Kelchen deutliche carcinomatöse Entartung aufwies. Das vom Patienten erlittene Trauma als Anlaß anzusprechen, hält Verf. nach der Anamnese, bei der Wirkung des Traumas auf die vordere Bauchgegend und bei der geschützten Lage der Niere überhaupt, für nicht wahrscheinlich, um so mehr, als ein einmaliges Trauma als Ursache für Carcinom nicht bewiesen ist. Andererseits nimmt Verf., da für die Möglichkeit des Uebergangs eines gutartigen Tumors, des Papilloms, in Carcinom ein Beweis bis jetzt nicht erbracht ist und da der mikroskopische Befund gegen die Annahme einer Krebsmetastase im Nierenparenchym und daraus hervorgegangener papillärer Wucherung im Becken sprach, an, daß es sich in seinem Fall von vornherein um eine carcinomatöse Neubildung gehandelt hat, bei welcher nur das papilläre Stadium ungewöhnlich lange dauerte. Hätte der Patient länger gelebt und wäre die Exstirpation der Niere später erfolgt, so würde sich wahrscheinlich der carcinomatöse Proceß, der jetzt nur in den Kelchen ausgebildet war, auch auf die Wucherungen des Nierenbeckens und Ureters erstreckt haben. Lubowski.

Theodore Landau (Berlin): **The Importance of Ureteral Catheterization in Gynaecology.** (Medical Record, 8. April 1899.)

Unser bekannter Berliner Gynäkologe bricht in diesem Aufsatz eine Lanze für den Ureterkatheterismus. Geprüft worden sind an der Landau-schen Klinik die Methoden von Simon, Pawlik, Kelly, Casper; die letztere hat sich am besten bewährt und wird jetzt ausschließlich ausgeübt. Sieben Indicationen stellt L. für den Ureterkatheterismus auf und giebt Beispiele für dieselben aus seiner Praxis:

1. Intermittirende Hydronephrose, bedingt durch Narbenzug nach einer Operation und folgende Distorsion des Ureters.

2. Heilung von Ureter-Vaginalfisteln durch Einlegen eines Verweilkatheters in den Ureter von der Blase aus; bei bestehender Pyelitis Ausspülung des Nierenbeckens (Casper).

3. Heilung von Wunden und Rissen des Ureters nach Vaginaloperationen. Von der Vagina aus muß man den Ureter katheterisiren und vor dem definitiven Schluß der Fistel durch plastische Operation sich auf diese Weise über den Zustand der Niere Rechenschaft ablegen.

4. Prophylactische Katheterisirung des Ureters bei Carcinomoperation des Uterus. Auf diese Weise wird eine Verletzung des Ureters vermieden.

5. Desgl. bei Hystero-Myomectomie.

6. Katheterisirung des Ureters von der Vagina aus bei Heilung von Ureter-Vaginalfisteln auf abdominalem Wege. So wird der Ureter leichter gefunden werden. Nach Implantation des Ureters in die Blase Einlegung eines Dauerkatheters auf 48 Stunden.

7. Ist bei einer abdominalen Hysterectomie oder Myomectomie ein Ureter verletzt, so ist der Katheterismus desselben das beste und schnellste Mittel zur Erkennung des Traumas und somit zur Heilung. Oft kann man durch Lösung von Ligaturen den eingeschnürten Ureter befreien.

Schlechte Erfahrungen sind auf der Landau'schen Klinik mit der Methode nicht gemacht. „Selbst wenn, und das ist höchst unwahrscheinlich, Urologen und Chirurgen den Ureterkatheterismus aufgeben würden, so hat er sich doch in der Gynäkologie eine dauernde, wohlverdiente Stellung erworben. Der Ureterkatheterismus ist für uns Gynäkologen eine diagnostische Methode par excellence und in vielen Fällen ein mächtiger Heilfactor.“ Ein glänzenderes Zeugnis als dieses ist wohl noch keiner diagnostischen und therapeutischen Methode ausgestellt worden. Blanck (Potsdam).

M. L. Harris (Chicago): **The Use of the Urine Segregator in the Diagnosis of Diseases of the Urinary Tract.** (Medical Record, 1. April 1899.)

H. bespricht zunächst die Technik beim Gebrauch seines „Urin Segregator“, die ohne Kenntnis dieses Instrumentes für die Leser eines Referates völlig unverständlich und daher zu übergehen ist. Viel Lehrreiches bieten die weiteren Ausführungen. Die Urinabsonderung erfolgt durch beide Nieren

gleichzeitig in bestimmten Intervallen oder aber alternirend. Erhält man auf einer Seite keinen Urin, so kann dies, ein Fehlen der betreffenden Niere ausgenommen, an einer Abknickung des Ureters, an einem in ihm festgekeilten Stein u. A. m. liegen; so kann man keinen Urin auffangen bei intermittirender Hydro- oder Pyonephrose zur Zeit ihres Verschlusses (Nachteile gegenüber der Einführung von Ureterkathetern, bei denen man meist den Sitz und die Natur des Hindernisses erkennen kann. Ref.). Der Hauptwert ist auf eine genaue Untersuchung des erhaltenen Nierenharns zu legen: Reaction, Farbe, Geruch, Menge, Sediment bedürfen genauer Prüfung. Die Reaction des Urins beider Nieren kann verschieden sein. Nach Festlegung der Erkrankung der einen oder anderen Niere muß vor einer chirurgischen Maßnahme die functionelle Tüchtigkeit der anderen, oft scheinbar gesunden Niere geprüft werden. Unter „functional capacity" versteht H. die Urinmenge, welche in einer Minute von jeder Niere, auf 1 kg Gewicht des Menschen berechnet, abgeschieden wird, unter gleichzeitiger Verwertung des Procentgehaltes an Harnstoff; bei normaler Niere und 2 pCt. $\overset{+}{U}$ beträgt sie im Mittel 0,016 ccm. Diesen Wert findet man folgendermaßen: Urinmenge in Cubikcentimeter dividirt durch die zu seiner Sammlung erforderliche Zeit und das Kilogramm Gewicht des Patienten, multiplicirt mit dem $\overset{+}{U}$procentgehalt des Urins. Diese Größe ist unabhängig von der Tageszeit und der aufgefangenen Urinmenge, da mit den Schwankungen dieser Factoren auch der $\overset{+}{U}$ steigt oder sinkt (auf Diät, Assimilationsvermögen des Körpers in fieberhaften und fieberlosen Krankheiten u. A. ist leider keine Rücksicht genommen!). Niemals soll man operiren, ohne sich von der Functionstüchtigkeit der anderen Niere überzeugt zu haben, sonst werden böse Erfahrungen, wie sie leider in letzter Zeit des Oefteren gemacht und mutig offener Weise publicirt sind, nicht ausbleiben. Bei leicht blutenden Neubildungen der Blase, bei geschrumpfter und verzerrter Blase, bei Blasensteinen und starker Prostatahypertrophie kann das Harris'sche Instrument nicht in Anwendung gebracht werden. Blanck (Potsdam).

Prof. v. Noorden: **Zur Behandlung der chronischen Nierenkrankheiten.** (Vortrag auf dem Karlsbader Congreß. Nach dem Collectivbericht der freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse.)

Im Gegensatz zu den bisher meist üblichen Grundsätzen bezüglich der Diät bei Schrumpfniere empfiehlt Vortr. folgende Ernährungsweise: Gleichmäßige Berücksichtigung des braunen wie des weißen Fleisches, weil ersteres die ihm nachgesagten Schädlichkeiten durchaus nicht besitzt. Es ist keineswegs reicher an stickstoffhaltigen Extractivstoffen, sondern nur an Farbstoff, der ohne Belang ist. Die N-Ausscheidung ist nicht größer. Die Abwechslung in der Fleischnahrung schützt vor dem Eintreten des Widerwillens gegen Fleischnahrung überhaupt. Die Flüssigkeitszufuhr ist zu beschränken, namentlich in den vorgerückten Stadien, wo schon asthmatische Herz-

beschwerden und Dilatation des linken Ventrikels bestehen. Die Atemnot läßt nach, das Herz wird kleiner, die Diurese reichlicher. Die Besserung hält oft Monate und Jahre an, freilich nicht in allen Fällen. Die notwendige Elimination der Stoffwechselproducte wird durch Flüssigkeitsbeschränkung, die bis auf $1^1/_2$ l pro die gehen kann, selbst im Stadium der urämischen Intoxication nicht beeinträchtigt, vielleicht steigt sie zuweilen sogar noch. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen wirkt dagegen für diese Kranken oft geradezu nachteilig. Auch in den leichteren Stadien der Schrumpfniere soll man prophylactisch die Flüssigkeitszufuhr schon beschränken. Auch bei chronisch parenchymatöser und acuter Nephritis hat v. Noorden bei dieser Diät bereits gleich günstige Erfahrungen, wenn auch erst in geringerer Zahl, gemacht. M. L.

Henry Koplik (New-York): **Nephritis complicating acute or subacute Gastroenteritis of Infants and Children. Its Symptomatology, Prognosis and Treatment.** (Medical Record, 1. April 1899.)

Manche schwere Formen von Magendarmcatarrhen der Kinder beruhen auf einer secundären Infection der Nieren, die characteristische Symptome hervorruft und ein Krankheitsbild erscheinen läßt, das uns K. in kurzen Zügen entwirft. Unruhe, die auf Functionsstörung der Nieren beruht und deshalb urämische genannt wird, wechselt ab mit Zeiten von Stupor, dem sogenannten Hydroencephaloid der alten Autoren. Andauerndes Erbrechen ist oft, secundäre Intussusception des Darms ausgenommen, bedingt durch die Nierenaffection. Häufig beobachtet man trotz der großen Abmagerung ein Oedem, das nicht ein allgemeines Anasarka und auch nicht sehr ausgesprochen ist, an dem Fußrücken und Unterschenkel. In geringer Urinmenge finden sich Cylinder jeder Art in reicher Zahl, ebenso weiße und rote Blutkörperchen und Nierenepithelien; dabei braucht der Eiweißgehalt nicht entsprechend groß zu sein. Der Eintritt dieser Complication kann frühzeitig sein, aber selbst in der Reconvalescenz kann sie einsetzen. Die Natur dieser Nephritis läßt sich schwer bestimmen, es ist eine Nephritis sui generis, die wohl auf einer Wasserverarmung des Gewebes und Anhäufung von Toxinen beruht. Jedenfalls kann sie unter richtiger Behandlung völlig ausheilen und thut es meist. Diese Behandlung muß eine reichliche Wasserzufuhr bezwecken; dies geschieht durch tägliche rectale Eingießungen von 250 ccm und mehr der Cantani'schen physiologischen Lösung (Aqua steril. 1000, Natr. chlorat. 4,0, Natr. carbon. 3,0) von 38—40° C., ferner durch öftere, selbst tägliche Hypodermoklyse von 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Tägliche Magenausspülungen werden gleichfalls vorgenommen. Milchnahrung wird ausgesetzt, nur Eiweißwasser gereicht. Günstig wirken warme Bäder. Zu warnen ist vor der Anwendung nierenreizender Mittel, wie Opium, Hg-Salze, Kohlentheerproducte (Salol, Carbolsäure, Guajacol etc.), auch Alkohol wird besser vermieden. Wismuth kann ordinirt werden.

Blanck (Potsdam).

Dr. A. Christomanos (Athen): **Das Schicksal der roten Blutkörperchen bei der Hämoglobinurie.** (Virchow's Archiv 1899, Bd. 156, Heft 3.)

Um das Schicksal der roten Blutkörperchen bei der Hämoglobinurie zu studiren, suchte Verf. einen vermehrten Zerfall von Blutkörperchen künstlich hervorzurufen. Nach den herrschenden Anschauungen sind die Hämoglobinurie erzeugenden Agentien diejenigen, welche am leichtesten eine massenhafte Zerstörung der roten Blutkörperchen zu Stande bringen. Er erzeugte deshalb an Kaninchen Hämoglobinurie, und zwar mittelst subcutaner Glycerininjectionen. Das Glycerin verursacht beim Kaninchen, subcutan applicirt, sicher Hämoglobinurie, welche ungefähr eine Stunde nach der Injection auftritt und sechs oder mehr Stunden andauert; diese Hämoglobinurie beruht auf Auflösung des Hämoglobins im Blutplasma. Einer anfänglichen scheinbaren Vermehrung der Zahl der Blutkörperchen folgt eine mehrere Tage hindurch zunehmende reelle Verminderung derselben. Die anfängliche Vermehrung ist der wasserentziehenden Eigenschaft des Glycerins zuzuschreiben und geht mit einer entsprechenden Verkleinerung des Blutkörperchen-Durchmessers einher. Sie dauert aber nur so lange an, als das Glycerin dem Blute und den Geweben Wasser entzieht und schlägt allmählich, noch während der Dauer der Hämoglobinurie, in die mehrfach schon erwähnte Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen um. Schon 4—5 Stunden nach der Injection ist diese Verminderung nachweisbar; nach einer großen, jedoch nicht unmittelbar tötlichen Dosis kann sie zuweilen bis auf ein Drittel der anfänglichen Zahl herabgehen, wobei der Tod in Folge der entstandenen Anämie erfolgen kann. War aber die injicirte Glycerinmenge keine allzugroße, so erholt sich oft das Tier unter Hebung seiner Blutkörperchenzahl.

Nach größeren Glycerindosen geraten die peripherischen Gefäße in höchste Contraction, so daß oft kein Tropfen Blut ausfließt bei der Durchschneidung von Gefäßen, welche ohne Glycerininjection starke Blutung verursachen würden. Diese Anämie kann mehrere Stunden, ja Tage lang anhalten und selbst nach dem vollständigen Aufhören der Hämoglobinurie andauern.

Bei den noch während der Dauer der Hämoglobinämie verendenden Tieren wurde rasches Eintreten der Totenstarre (binnen 2—6 Min.) beobachtet. In den Nieren fanden sich fast keine anatomischen Veränderungen vor. Das freigewordene und im Plasma aufgelöste Hämoglobin wird durch dieselben einfach ausgeschieden, wie anderweitige gelöste Substanzen, z. B. der Harnstoff, ohne daß dadurch ein stärkerer Reiz auf die Nieren ausgeübt würde. Die die Harncanälchen ausfüllende Substanz besteht fast ausschließlich aus freiem Hämoglobin, welches hauptsächlich durch die Epithelien der Harncanälchen und besonders durch diejenigen der Schleifen ausgeschieden wird. In der That findet man den Blutfarbstoff nicht nur in den Lumina, sondern auch in den Epithelien derselben in Form

von Tröpfchen eingelagert, während die Bowman'schen Kapselräume frei bleiben. Diese Ausscheidungsweise stimmt mit jener der übrigen gelösten Harnbestandteile überein.

In der Leber wurden in der Regel keinerlei anatomische Veränderungen beobachtet. Im Blut waren Ueberreste zerstörter Blutkörperchen nur in spärlicher Zahl vorhanden; die Körperchen wurden vielmehr fast stets ganz angetroffen, wenn auch ihr Hämoglobingehalt sehr verschieden war. In der Milz und im Knochenmark derjenigen Kaninchen, deren Blutkörperchenzahl eine Abnahme zeigte, fanden sich Zellen, in denen zahlreiche rote Blutkörperchen eingeschlossen waren, deren Menge umgekehrt proportional zu der Zahl der circulirenden Blutkörperchen war. Das weitere Schicksal der in diesen Zellen eingeschlossenen Blutkörperchen ist nicht bekannt. Es wird aber mehrfach behauptet, daß diese in jenen vollkommen zu Grunde gehen und daß aus ihrer Substanz neue Blutkörperchen aufgebaut werden. Vielleicht wird aber auch einer Anzahl derselben frisches Hämoglobin, welches sie zu erneuerter Function befähigt, zugeführt. In den Nieren tritt das Blut aus den Malpighi'schen Körperchen, in denen hauptsächlich das Harnwasser ausgeschieden wird, in die Capillaren, welche die einzelnen Harncanälchen umspinnen. Die Epithelien dieser letzteren nehmen dabei den gelösten Blutfarbstoff auf und scheiden ihn unter Wasserentziehung im Lumen der Canälchen ab. Die Menge des ausgeschiedenen Hämoglobins und des entzogenen Wassers kann so bedeutend werden, daß der allergrößte Teil der Harncanälchen mit zähem Hämoglobin erfüllt wird. Diese zähflüssige, vielfach zu Cylindern gerinnende Substanz stellt der Harnausscheidung ein bedeutendes Hindernis entgegen; letztere kann auch vollkommen versiegen, wenn die Verstopfung der Harncanäle eine sehr ausgebreitete ist und wenn in Folge einer eintretenden Herzermüdung der Druck, unter welchem der Harn ausgeschieden wird, nicht mehr genügt, um das Hämoglobin weiter zu schieben. Die so entstehende Anurie kann den Tod herbeiführen. Die gleichzeitige Füllung einer großen Anzahl von Harncanälchen mit Hämoglobinmassen hat aber notwendiger Weise auch eine Volumenzunahme der ganzen Niere zur Folge. Die Spannung, welche dadurch die schwer nachgebende Hülle des Organs erleidet, ruft die fast stets vorhandenen Lenden- und Nierenschmerzen, das Oedem des Nierengewebes, die Ausdehnung der Lymphräume durch hämoglobinhaltige Flüssigkeit hervor, und erklärt endlich durch die venöse Stase, welche sie hervorbringt, die von mehreren Autoren bestätigte Gegenwart einzelner, wohl erhaltener roter Blutkörperchen im Harn. M. L.

Dr. Stanislaw Pechkranz (Warschau): **Fall von acuter hämorrhagischer Nephritis nebst Hämoglobinurie im Anschluss an eine Vergiftung mit Cauvin'schen Pillen.** (Gazeta lekarska 1899, No. 12—13.)

Der 21jährige Patient klagte bei der Aufnahme in's Krankenhaus über Schmerzen in der Kreuzgegend, namentlich rechts, schneidenden Schmerz

beim Harnlassen und Blutharnen. Er gab an, seit längerer Zeit an Verstopfungen zu leiden und gegen diese die verschiedensten Abführmittel, in der letzten Zeit die Cauvin'schen Pillen gebraucht zu haben. Drei Tage vor der gegenwärtigen Erkrankung nahm er Abends zwei Pillen, am folgenden Morgen eine Pille und nach einigen Stunden, da keine Wirkung eintrat, wiederum zwei Pillen. Am Abend desselben Tages stellte sich blutiger Harn ein. Die rechte Lumbalgegend ist schmerzhaft. Der Harn ist trübe, dunkelrot und zeigt bei längerem Stehen einen dunkelbraunen kernigen Niederschlag; specifisches Gewicht 1,020, Reaction neutral. Positiver Ausfall der Heller'schen Blutprobe. Eiweißgehalt nach Essbach 3‰. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt im Harn Epithelzellen der Nierencanälchen, eine geringe Menge weißer Blutkörperchen, zahlreiche Zellen aus dem Nierenbecken, spärliche rote Blutkörperchen, Kerne des Blutfarbstoffes und braune Massen von unregelmäßiger Form. In den folgenden Tagen zeigte jedoch der Harn größere Blutbeimischungen und das Mikroskop zahlreiche rote Blutkörperchen. Oedeme und Icterus waren weder bei der Aufnahme des Patienten vorhanden, noch sind solche im weiteren Verlauf der Krankheit aufgetreten. Die Diagnose lautete obigem Befunde entsprechend auf hämorrhagische Nephritis. Der Patient wurde auf Milchdiät gesetzt und bekam außerdem Infusum Sennae compos. cum Magnesia sulfurica und Natrium bicarbonicum. Unter dieser Behandlung trat in circa 14 Tagen vollständige Heilung ein.

Verf. glaubt mit absoluter Sicherheit annehmen zu können, daß die Cauvin'schen Pillen im vorliegenden Fall die Ursache der Nierenerkrankung gewesen sind. Letztere stellt er sich in der Weise vor, daß die reizenden Bestandteile[1]) der Pillen zunächst eine Entzündung der Nieren verursacht haben. Durch die Entzündung sind nun Circulationsstörungen und Zerfall der roten Blutkörperchen in den Nieren selbst herbeigeführt worden. Li.

Dr. v. Török (Wien): **Dauererfolge nach Nephropexie.** (Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 22.)

Verf. berichtet über den günstigen Endausgang von zwei Fällen von Nephropexie nach Hahn, welche, da die Operation schon vor längerer Zeit ausgeführt worden war, einen Dauererfolg erkennen lassen. Der erste Fall betrifft eine 59jährige Frau, welche schon im Jahre 1894 wegen Beschwerden, ausgehend von einer rechtsseitigen Wanderniere, eine Bandage bekam, welche sie zwar zwei Jahre trug, ohne eine Verminderung der Beschwerden zu fühlen. Operation im Juni 1896 in Narcose mit Billroth-

[1]) Die Cauvin'schen Pillen enthalten Gummi resinae gutti, Aloe, Jalappa, Rheum u. s. w. Sie werden in verschiedener Zusammensetzung verordnet. Die häufigste Receptformel ist folgende: Rp. Gummi res. gutti, Tub. Jalappae, Aloes ää 2,0, Rad. rhei 0,6, Rad. Althaeae 2,25, Spirit. vini q. s., Aq. destill. q. s. M. f. pil. No. 30.

scher Mischung. Patientin wird in die linke Seitenlage mit unter dem linken Rippenbogen untergeschobenem starken Rollkissen gebracht. Aseptische Herrichtung des Operationsfeldes. Ca. 10 cm langer, senkrechter Schnitt nach Simon am äußeren Rande des Musculus sacrolumbalis, von der 12. Rippe bis nahe zur Crista ossis ilei. Nach Durchtrennung von Haut, Musculus latissim. dorsi, Fascia lumbodorsalis superficialis und profunda am Sacrolumbalisrand wurden in der Wunde die Art. intercostalis XII und Art. lumbalis I unterbunden und hierauf der Musculus quadratus lumb., sowie die Fascia transversalis der Länge nach gespalten. Die darunter liegende Capsula adiposa wird eingeschnitten, das Nierenfett vorsichtig teils weggeschoben, teils entfernt, bis der convexe Rand der Niere frei präparirt vorliegt. Die Capsula propria wurde gespalten und beiderseits vom Nierenparenchym ca. 2 cm weit stumpf abgelöst. Nun wurden fünf Seidenknopfnähte mit einer stark gebogenen Umstechungsnadel durch die Fascien-Muskelschichte, durch die Capsula propria und durch das Nierenparenchym derart durchgeführt, daß diese Gewebe auch beim Ausstechen der Nadel, jedoch in umgekehrter Reihenfolge, am anderen Wundrand mitgefaßt worden sind. Die Seidenfäden haben im Nierenparenchym zum Teil durchgeschnitten, wobei eine nur geringfügige Blutung eintrat, welche nach dem Knüpfen der Naht aufhörte. Dem senkrechten Verlauf der Wunde entsprechend, kamen auch diese fünf Suturen senkrecht der Länge nach unter- und nebeneinander zu liegen. Die Hautwunde wurde nicht geschlossen, sondern mit Jodoformgaze austamponirt. Der Verlauf war ein ganz reactionsloser. Im Harn ist durch drei Tage nur eine Spur von Blut zum Vorschein gekommen. Patientin verließ das Spital am 31. August 1896 vollkommen geheilt. Seitdem sind $2^1/_2$ Jahre verflossen. Die Niere findet man jetzt an ihrem Platz fest angeheilt, die Frau hat keinerlei Beschwerden, ist vollkommen arbeitsfähig und glücklich, von ihrem alten Leiden befreit zu sein.

2. Fall: Die 42jährige Patientin hat seit einem Jahre große Beschwerden im Abdomen und ist sehr abgemagert. Der Schmerz ist bald in der Magengegend, bald im Kreuz am empfindlichsten. Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit und andauernder drückender Schmerz in der Magengegend haben sich jetzt derart gesteigert, daß die Patientin, erschreckt durch ein wiederholtes Blutbrechen, in das Spital kam. Die Frau ist mittelgroß, schwächlich gebaut, sehr abgemagert, blaß, Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt nichts Abnormes. Das Abdomen ist etwas aufgetrieben. In der Magengegend fühlt man eine große Geschwulst, welche anscheinend dem Pylorus angehört und eine leichte Verschiebbarkeit, besonders unter dem rechten Rippenbogen hin, erkennen läßt. Patientin klagt über Verdauungsbeschwerden und genießt meist nur flüssige Kost. Man gewinnt bei der Untersuchung der Frau den Eindruck, daß es sich um einen Magentumor handle, zumal in Rücksicht auf die kaum einjährige Dauer des Leidens, auf die seitdem eingetretene bedeutende Abmagerung und auf die wiederholte Hämatemesis. Diagnostische Incision in Narcose mit Billroth'scher Mischung bei strengster Antiseptik und Aseptik. Medianschnitt zwischen

Schwertfortsatz und Nabel, ca. 12 cm lang. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man den Magen zart, dünnwandig, von vollkommen normaler Beschaffenheit. Vor seinem Pylorusanteil lag die anscheinend etwas kleinere rechte Niere in einer breiten und langen Bauchfellfalte eingehüllt. Reposition dieses Organes, Verschluß der Bauchwunde in drei Etagen. Nun wurde die Patientin behufs blutiger Fixation der Niere nach Hahn in die linke Seitenlage gebracht. Der Schnitt nach Simon und die Freilegung der Niere erfolgten in der gleichen Weise wie im ersten Falle. Als die Capsula propria am convexen Rande der Niere in genügender Ausdehnung frei präparirt war, ließ sich Verf. unter dem Eindruck des so leichten Durchreißens der Seidenfäden durch das bloßgelegte, keinerlei Stütze besitzende Nierenparenchym bestimmen, die Capsula propria nicht einzuschneiden. Er fixirte die Niere durch fünf starke Matratzennähte an die dickwandige Muskelfascienschicht der Wundränder und hat dabei stets so eingestochen, daß immer unter der Capsula propria ein entsprechendes Stück Nierenparenchym mit in die Sutur zu liegen kam. Seine Absicht, damit das Durchreißen der Fäden durch Parenchym und Kapsel ganz zu eliminiren, konnte er nur zum Teil erreichen, denn auch bei dieser Nahtmethode war trotz aller Vorsicht das Einreißen von Parenchym und Kapsel nicht vollständig zu vermeiden. Es erfolgte dies aber nur in einem geringen Grade. Nachdem die Niere fixirt war, konnte man an ihrem unteren Pole einen langen Streifen Jodoformgaze in eine daselbst befindliche, zwischen zwei fibrösen Peritonealblättern liegende Tasche einschieben. Die Haut wurde nicht vereinigt, vielmehr die äußere Wunde oberhalb (rückwärts) von der angenähten Niere genauestens mit Jodoformgaze tamponirt. Der Wundverband wurde, nachdem am zweiten Tage die äußeren Lagen wegen Durchtränkung mit Wundsecret gewechselt worden waren, am zehnten Tage erneuert, dabei die Nähte der vollkommen per primam verheilten Laparotomiewunde entfernt. Von nun ab erfolgte etwa wöchentlich zweimal ein Verbandwechsel, wobei die in die Sacrolumbalwunde eingeführten Jodoformgazetampons allmählich hervorgezogen, gekürzt und schließlich ganz entfernt wurden. Im Harn wurde nur in den ersten Tagen etwas Blut constatirt. Die Kranke verließ nach ca. drei Monaten das Spital mit fast verheilter Wunde und kam noch zur ambulatorischen Behandlung (Verband mit Lapissalbe). Ein Jahr nach der Operation war Patientin vollkommen von ihren Beschwerden und Schmerzen befreit. Die rechte Niere erscheint in der Sacrolumbalgegend ganz fest fixirt, macht selbst bei den heftigen Hustenstößen der Kranken keinerlei abnorme Bewegung und gewährt dadurch der Frau eine unschätzbare Erleichterung.

Lubowski.

Dr. Ringel (Hamburg-Eppendorf): **Zur Diagnose der Nephrolithiasis durch Röntgenbilder.** (Archiv für klin. Chirurgie 1899, Bd. 59, Heft 1.)

Das Resultat seiner, in der chirurgischen Abteilung des Neuen Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf ausgeführten Unter-

suchungen faßt Verf. in drei Schlußsätzen zusammen, welche mit denen der anderen Autoren übereinstimmen. Dieselben sind:

1. Durch das Röntgenverfahren lassen sich in der Niere mit Sicherheit nur die seltenen Oxalatsteine nachweisen.

2. Der Nachweis von anderen Nierensteinarten, die für Röntgenstrahlen durchlässiger sind, gelingt nur unter besonders günstigen Umständen, sei es, daß es sich um einen sehr dicken Stein handelt, oder daß die Durchleuchtungsverhältnisse des Patienten sehr günstige sind.

3. Das Röntgenverfahren ist in jedem Falle von Nephrolithiasis als diagnostisches Hilfsmittel anzuwenden. Beweisend ist jedoch nur ein positives Resultat, während aus dem Fehlen eines Nierensteinschattens auf dem Bilde nie auf Abwesenheit von Nierensteinen geschlossen werden darf.

M. L.

Dentu et Albarran: **Nephrectomie avec exstirpation totale de l'uretère droit pour hydronephrose et papillomes de l'uretère.** (Académie de médecine, mars 1899. Revue de chirurgie 1899, IV, 577.)

Die Papillome des Ureters fanden sich bei einem 23jährigen Mann und hatten die Hydronephrose verursacht. Das erste Papillom saß in einer Länge von 2 cm am Beginn des Ureters unter der obersten engen Stelle (Collet); die Teile des Tumors umschlossen ein altes Blutgerinnsel und ein hanfkorngroßes Steinchen. Am untersten Teil des Harnleiters nahe der Blase sah man eine spindelförmige, bis zeigefingerdicke Auftreibung des Organs, bedingt durch ein anderes intraureterales Papillom mit kurzen Frangen; auch hier ein altes Blutgerinnsel mit einem Steinchen im Centrum, umgeben von der Geschwulst. Zwischen den Geschwülsten des oberen und unteren Endes war der Harnleiter normal. Der Ureterenkatheterismus hatte die Diagnose vor der Operation ermöglicht. In diesem Falle hat man zum ersten Male mit scharfer Indicationsstellung bei Neubildung die Niere samt dem ganzen Ureter entfernt. Mankiewicz.

Dr. Kusnezow (Charkow): **Ein Fall von Nierenexstirpation.** (Vortrag und Demonstration in der med. Gesellschaft zu Charkow. Bolnitschnaja Gaseta Botkina 1899, No. 15—16.)

Die 30jährige Patientin litt während der letzten sechs Jahre an Schmerzen in der rechten Seite und im Kreuz. Vor fünf Jahren bemerkte sie in dieser Gegend eine kleine Geschwulst, welche seit der vor zwei Jahren erfolgten Entbindung der Patientin sich rasch zu vergrößern begann. Die tägliche Harnmenge ist auf 450—550 ccm herabgesetzt. Der Harn ist von schwachsaurer Reaction, enthält eine ungeheure Menge Leukocythen und Blasenepithel, außerdem stellenweise rote Blutkörperchen und Bacillen. Die Lage der Geschwulst, sowie ihr Verhältnis zu den benachbarten Organen und

dem Dickdarm ließ die Zugehörigkeit derselben zu der Niere feststellen. Andererseits sprachen deutliche Fluctuation, positiver Ausfall der Thomsenschen Probe und Anwesenheit von Eiter im Harn für Pyonephrose. Lumbalschnitt nach Kocher. Die vorgefundene Geschwulst zeigte die Größe des Kopfes eines einjährigen Kindes. Teils stumpfe, teils scharfe Durchtrennung der Verwachsungen der Niere mit Leber und anderen Organen. Unterbindung und Durchschneidung des Ureters und der Arterie dicht am Rande der Geschwulst. Die Vena renalis wurde mittelst Pincette gefaßt und durchschnitten. Hierauf totale Entfernung der Geschwulst, ohne daß ein Tropfen ihres Inhaltes sich in die Wundhöhle ergoß. Die Versuche, den kurzen Stumpf der Vena renalis zu unterbinden, mißglückten; sie wurde in Folge dessen am Rande der Vena cava inferior mittelst drei nebeneinander liegenden Pincetten abgeklemmt. Ausstopfung der Wunde mit Gaze. Die zurückgelassenen Pincetten wurden nach 48 Stunden entfernt. Die Wunde heilte in zwei Monaten per granulationem.

Die entfernte Niere stellte eine große Höhle mit verdünnten Wänden dar. Aus dem Eiter wurde ein dem Bacillus coli communis ähnlicher Bacillus gezüchtet. Li.

Dr. A. Scheibert (New-York): **Zwei Fälle von Addison'scher Krankheit.** (New-Yorker medicinische Wochenschrift, März 1899.)

Die beiden Fälle sind als Beitrag zur Nebennierenextract-Behandlung der Addison'schen Krankheit von hohem Interesse. Der erste Fall betrifft einen 40jährigen Patienten, der mit einer Unterbrechung von 14 Tagen 12 Monate hintereinander Nebennierenextract in Dosen von 5 g dreimal täglich (eine größere Dosis wurde nicht vertragen) bekommen hatte. Das Resultat der Behandlung war: Körpergewichtszunahme von ca. 20 Pfund, Aufhellung der Hautfarbe, fast vollständiger Schwund der bestandenen schwarzen Stellen, namentlich auf der Mundschleimhaut. Eine andere Therapie wurde außer der bezeichneten in diesem Fall nicht angewandt.

Der zweite Fall ist jüngeren Datums und betrifft einen Patienten mit ausgesprochener Addison'scher Krankheit und gleichzeitigem Gelenkrheumatismus. Der Patient bekam nun außer der Salicylsäure dreimal täglich 5 g Nebennierenextract. Auch hier ist eine ganz bedeutende Abblassung der Gesichtsfarbe schon nach kaum vierwöchiger Behandlung eingetreten. Dem Nebennierenextract ist somit eine therapeutische Einwirkung auf die Addison'sche Krankheit durchaus beizumessen, wenn es auch außer Zweifel steht, daß dasselbe die Krankheit zu heilen nicht vermag.

M. L.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Farbenfabriken vorm. **Friedr. Bayer & Co.,**
Elberfeld.

Pharmaceutische Producte:

Protargol.

Ein neues
Silberpräparat
zur Behandlung der
Gonorrhoe und zur Wundbehandlung.
Hohe bactericide Eigenschaften bei absoluter Reizlosigkeit.
Vide Neisser, Dermatolog. Centralblatt I, 1897.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.
Mit grossem Vortheil verwendet bei:
Ulcus molle, Bubonen,
Condylomata lata, Gonorrhoea cervicis,
syphilitischen Ulcerationen,
Operationswunden, scrophul. Geschwüren,
Brandwunden.
Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric. pulv. a. p. aequ., als 3—5% Salbe und als Collodium spec. für Schnittwunden.

Aristol

hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:
Brandwunden, Ulcus cruris,
Epididymitis, Furunculosis, Epithelioma,
Lupus exulcerans,
venerische Geschwüre, parasitäre Ekzeme,
Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz und in 5—10% Salbe.

CHINOSOL in Tabletten à 1 gr, ½ gr, ¼ gr.

Ungiftiger Ersatz für Sublimat, Carbolsäure etc.

Indication: **Wundbehandlung, geburtshülfliche Praxis, Geschlechts- und Hautkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenleiden,** für **antiseptische Irrigationen, prophylaktische Gurgelungen, Handdesinfection, Desinfection der Krankenräume,** ferner bei **Phthise, Tuberkulose, Lepra etc.**

Bezügliche Literatur und Receptformeln gratis und franco.

Franz Fritzsche & Co., chemische Fabrik.
Hamburg-U.

Beiersdorf's

Jodoformgitter No. 57

ist ein **klebender,** grobmaschiger **Verbandmull** mit einem Gehalt von 5,0 Gramm Jodoform auf 1/5 qm Fläche. Es ermöglicht eine sparsame, gleichmässige Behandlung grösserer Wundflächen mit Jodoform. Es ist nach LEISTIKOW: Therapie der Hautkrankheiten (Voss, Hamburg 1897) ganz besonders empfehlenswerth zur Behandlung luetischer Ulcerationen und der Unterschenkelgeschwüre.

Muster auf Wunsch gratis und franco.

P. BEIERSDORF & Co., Chemische Fabrik, Hamburg-Eimsbüttel.

LARGIN

neues Antigonorrhoicum,

höchstprocentige Silbereiweissverbindung

mit constantem Ag-Gehalt von 11,10%.

Vide: PEZZOLI, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, No. 11 u. 12.

KORNFELD, *Wiener medizinische Presse*, 1898, No. 33.

SCHUFTAN u. AUFRECHT, *Allg. med. Central-Zeitung*, 1898, No. 84.

WELANDER, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, Bd. 46, Heft 3.

Alleinvertrieb:

E. MERCK, chemische Fabrik, Darmstadt.

Litteratur gratis und franco.

RICHARD KISS, Berlin N., Oranienburgerstr. 73.

Construction, Anfertigung und Reparatur elektro-medicinischer Apparate.

Alleinfabrikant des **sterilisierbaren, von Dr. A. Freudenberg verbesserten Prostata-Incisors** nach Bottini.

Transportable Accumulatoren-Batterie mit Ampèremeter für den Incisor und alle anderen galvanokaustischen Brenner.

——— Illustrirter Katalog kostenlos. ———

Ueber Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente.

Von

Dr. **Felix Schlagintweit**, München-Bad Brückenau.

Die leider noch sehr viel benutzten Fettstoffe sind kaum steril zu halten, sind von allen Instrumenten nur mühsam zu entfernen und greifen elastische Instrumente direct an. Auf den Prismen der Cystoskope wirken sie äußerst störend. Glycerin, welches namentlich für die Cystoskope benutzt wird, wirkt im ersten Augenblick sehr schlüpfrigmachend, entzieht aber dann der Schleimhaut Wasser, was man sehr unangenehm empfindet, wenn man eine Reihe von Instrumenten nacheinander in dieselbe glycerinbeschickte Harnröhre einführen will. Schließlich gehen die Instrumente nur mehr ruckweise. Guyon's Seifenschmiere entspricht, wenn sie frisch und aus tadellos neutraler Seife bereitet ist, ziemlich hohen Anforderungen, allein sie wird, namentlich beim Offenstehen, sehr rasch käsig-hart, verteilt sich dann schlecht über die Oberfläche des Instrumentes, ist für Cystoskope gar nicht zu verwenden und brennt sehr häufig wegen der Ungleichmäßigkeit der Seifenpräparate. Seit dem Erscheinen des III. Bandes der von Kraus und Zuckerkandl übersetzten Guyon'schen Vorlesungen verwende ich die von Kraus pag. 42 angegebene „Salbe": Gummi traganth. 2,5, Glycerini 10,0, Carbolwasser (3 pCt.) 90. Zuckerkandl (Nothnagel, Hdbch. d. spec. Path. u. Ther. XIX, II. Teil, II. Heft, pag. 20) empfiehlt, die Gleitstoffe nicht durch Eintauchen auf das Instrument zu bringen, sondern von dem Stoffe etwas in ein Schälchen zu gießen und von da mit einem Gazeläppchen aufzustreichen. Ich würde einen sterilen Pinsel für zweckmäßiger halten. Zuckerkandl's Methode ist gewiß viel besser, als mit 20—30 Instrumenten immer

in dasselbe Gefäß zu fahren. Ich habe aber sowohl das Eintauchen als das Bestreichen aufgegeben. Ich bringe vielmehr die Kraus'sche Salbe direct in die Fossa navicularis. Ich lasse vom Apotheker 200 ccm davon anfertigen und fülle damit die bekannten Zinntuben, welche man in jedem Malerfarbengeschäft für ein paar Pfennige erhält. Etwa 15 cm lange und daumendicke sind am practischsten. Ich lasse die Füllung nicht in der Apotheke vornehmen, weil ich die Tuben vorher durch Auskochen sterilisire und dann die Salbe mit einer sterilen Spritze in die Tuben abfülle. Mit den 200 ccm reiche ich je nach Bedarf einen Monat und habe mich während dieser Zeit nie weiter um die Sterilität der Schmiere zu kümmern. Ich stelle nämlich die abgekniffenen Tuben sofort aufrecht nebeneinander in Carbolwasser und brauche sie nacheinander auf. Ich schraube die Zinnkappe ab und setze dafür eines der bekannten Tripperspritzenkopfstücke aus rotem Weichgummi auf. (Für Gonorrhoiker, welche zu sondiren etc. sind, liegen derartiger conischer Spitzen immer etwa zwei Dutzend unter Carbol bereit; die benutzten werden ausgekocht, was sie sehr gut vertragen, und für jeden Patienten eine frische aufgesteckt.) Bei Operationen liegt die Tube geschlossen oder mit dem sterilisirten Gummiknopf versehen neben den sterilisirten Instrumenten in der Carbolschale. Die Tube kann mit dem Gummikopf versehen Tage lang im Carbol liegen bleiben, denn es dringt durch die feine Oeffnung der Gummispitze, durch die zähe Salbenmasse nichts vom Carbol in's Innere, und wenn, dann ist es ja durch einen Druck wieder auszupressen. Bleibt die Tube mit dem Gummikopfstück an der Luft offen liegen, so verklebt in kurzer Zeit die feine Oeffnung an der Spitze durch den Traganth von selbst und kann durch Quetschen zwischen den Fingern oder Wischen mit einem Wattebäuschchen, welches in Sublimat getaucht ist, wieder geöffnet werden. Da beim Füllen im Innern der Tuben immer einige Luftbläschen entstehen, welche sich beim Erwärmen ausdehnen und den Inhalt aus der Oeffnung herauszudrücken suchen, so dürfen volle Tuben geschlossen nicht in ganz heiße Flüssigkeiten gelegt werden; sind sie aber einmal angequetscht, so können sie auch geschlossen eingelegt werden, da die sich ausdehnende Luft Platz findet, indem sie den bereits gequetschten Teil wieder dehnt.

Die so armirte Tube wird also auf das wie sonst gereinigte Orificium gleich einer Tripperspritze aufgesetzt. Sodann drückt man einen großen Tropfen in die Fossa navicularis, klemmt das Orificium etwas ab und läßt nur in dem Moment etwas von dem Tropfen über die Lippen des Orificiums quellen, wenn die Spitze des

Instruments eindringt. Diese Kleinigkeit ist wichtig, damit das trockene Instrument kein trockenes Orificium findet. Falls dicht vorher urinirt wurde oder durch Spülung die Urethra benetzt ist, soll man den Salbentropfen in der Fossa navicularis etwas zerquetschen, damit er sich auf der stark durchnäßten Schleimhaut ausbreiten kann und nicht als Pfropf en masse vorgeschoben wird, um erst am Sphincter externus sich zu verbreiten. Ich brauche wohl kaum zu beweisen, daß gerade die dicksten Instrumente auf diese Weise leichter gleiten müssen, da sie ja die Salbe vor sich her auf alle Wände der Urethra verteilen, als beim Eintauchen und Bestreichen, wo die Hauptsache am Orificium abgestreift wird. Was dies z. B. bei dem langen Harnröhrenwege eines Prostatikers für Vorteile bringt, liegt auf der Hand. Seit $^3/_4$ Jahren habe ich, abgesehen von den kleinen Techniken der Sprechstunde, etwa 40mal mit dieser Hilfe spielend das Cystoskop und etwa 30mal den Lithotriptor eingeführt, nie dabei die Harnröhre cocainisirt und nie über Trübung der Cystoskop-Prismen zu klagen gehabt. Kraus erwähnt, daß er Salbe, welche er Monate lang benutzte und Stunden lang während der Ordination offen stehen ließ, vollkommen aseptisch fand, trotzdem er allerdings mit rigoros sterilisirten Instrumenten immer in denselben Topf tauchte. Bei der Verwendung von Tuben in dieser Art, wie ich sie gebrauche, dürfte man bezüglich der Keimfreiheit absolute Sicherheit haben. Wie wichtig ist dies für Kranke, die sich selbst katheterisiren?

Ist einmal die Tube steril abgefüllt und aufbewahrt, dann bleibt sie es auch und kann — und dies war für mich auch der Hauptwert — auch bei den schwersten Operationen an den Harnwegen wie ein Instrument verwendet werden.

Mit der Zusammensetzung der Kraus'schen Salbe war ich bisher sehr zufrieden. Nur einmal und nur bei der ersten Untersuchung und Einführung des Lithotriptors hat ein Patient über Brennen am Orificium geklagt, sonst habe ich auch auf Befragen nicht die leiseste Klage vernommen. Das Brennen konnte nur vom Carbolgehalt herrühren. Die Ludwigsapotheke in München, wo ich die Salbe anfertigen ließ, stellte mir daraufhin die Salbe auch einmal mit einer Guajacolbase her, welche in einer Lösung von 1 : 200 an bactericider Wirkung dem Sublimat 1 : 1000 äquivalent sein soll, dabei wirke sie auf Schleimhäuten absolut reizlos. Das letztere kann ich bestätigen. Ich halte diese Modification des Receptes nur bei Idiosyncrasie gegen Carbol für angezeigt.

I. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Dr. Ernst Freund und Dr. Gustav Töpfer (Wien): **Ueber eine neue Methode der Harnstoffbestimmung im Harne.** (Wiener klinische Rundschau 1899, No. 20.)

Je 5 ccm normal concentrirten Harns werden unter Zusatz einer gleichen Menge 95proc. Alkohols auf dem Wasserbade zur Trockenheit abgedampft, mehrmals mit wasserfreiem, absolutem Alkohol unter Zerreiben des Niederschlags extrahirt und in ein Kjeldahlkölbchen filtrirt, der Alkohol im Wasserbade bis auf Spuren abgedunstet und mit ca. 70 ccm gesättigter ätherischer Oxalsäurelösung übergossen, der entstandene Niederschlag absetzen gelassen; die ätherische Lösung kann über ein Filter vorsichtig abgegossen werden, so daß die Hauptmenge im Kölbchen verbleibt und in mehreren Portionen mit ca. 60—80 ccm Aether gewaschen werden kann. Nach Abdunsten des Filters wird der Inhalt desselben in das Kölbchen gewaschen und die Lösung des Kölbcheninhaltes zunächst unter Verwendung von Phenolphtalein (zwei Tropfen einer 1proc. Lösung) bis zu deutlicher Rotfärbung titrirt und nachher der Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl unterzogen. 1 ccm $^1/_4$ Normalnatronlauge entspricht 0,015 g Harnstoff. M. L.

Edwin G. Klein: **Preliminary Report on Examinations of the Urine in the Insane. With a Report of two hundred and two Cases.** (The New York Medical Journal, 18. März 1899.)

K. giebt in dem Aufsatz seine Resultate wieder, die er aus Urinuntersuchungen von 202 Irren gewonnen hat. Die Urinmenge betrug durchschnittlich täglich 1125 ccm (1020 ccm bei Frauen), das specifische Gewicht 1019. Reaction meist sauer. Die Menge der festen Bestandteile war regelmäßig unter der Norm. Harnstoff und Phosphate im Allgemeinen etwas weniger wie normal, Oxalate waren übermäßig vorhanden bei sechs Fällen von Melancholie und Hypochondrie, bei zweien heilte unter einer gegen die

Oxalurie gerichteten Therapie auch die Geisteskrankheit. In drei von vier Fällen waren die Chloride nach einem epileptischen Anfall vermehrt. In zwei von zwölf Fällen allgemeiner Paralyse fand sich zweimal Pepton, Albumen nur in ungefähr 2 pCt. aller Fälle. Im Allgemeinen kommt Glycosurie bei Geisteskranken nicht häufiger als bei psychisch intacten Personen vor, sie wurde in weniger als 3 pCt. der Fälle constatirt. Die Untersuchungen sollen fortgesetzt werden. Blanck (Potsdam).

Dr. Julius Troller: **Ein neues Verfahren zur Pepsinbestimmung im Harn und über das Verhalten des Pepsins im Harn bei herabgesetzter und normaler Saftsecretion des Magens.** (Archiv für Verdauungskrankheiten 1899, Band 5, Heft 1.)

Während Sahli bei seiner Methode das Princip verfolgt, vor Allem die verdauungshemmenden Salze zu eliminiren, was ihm durch tüchtiges Auswaschen der im Harn gelegenen Fibrinflocke gelang, suchte Verf. die Wirkung geringer Pepsinmengen dadurch zu erhöhen, daß er einen Eiweißkörper als Indicator wählte, der dem Ferment möglichst viele, aber gleichmäßige Angriffspunkte für seine Wirkung bot, und zwar das in Salzsäure sich rasch lösende Protogen. Im Speciellen ging er bei seinen Pepsinbestimmungen im Harn folgendermaßen vor: 1,0 g Protogen auf 100 ccm 2,0‰ Salzsäurelösung. Das Gemisch leicht erwärmt und umgerührt, wobei sich die Lösung innerhalb weniger Minuten vollzogen hat. Je 10 ccm dieser Lösung in genau gleichcalibrirte Reagensgläschen gebracht, denen je 3 ccm von dem zu untersuchenden Harn resp. Wasser als Controle beigegeben wird. Das Gemisch wird hierauf während 24 Stunden in den Brütschrank bei 24° C. gestellt. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Gläschen unter dem Wasserstrahl gleichmäßig abgekühlt und jedem 5 ccm Esbach'sches Reagens zugefügt, hierauf zweimal kräftig umgeschüttelt, eine Procedur, die nach zwei Stunden nochmals wiederholt werden muß, um einen gleichmäßigen Niederschlag zu erhalten. Die Höhe des Sediments wird nach 10 resp. 24 Stunden abgemessen und mit der Controle verglichen. Um gleichmäßige Resultate zu erzielen, muß die Protogenlösung öfters erneuert werden. Die zur Verwendung kommenden Reagensgläschen müssen selbstverständlich genau gleiche Weite haben, am besten sind solche von 15,0 mm Durchmesser. Sehr geeignet sind graduirte Gläschen; hat man solche nicht, so mißt man die Höhe des Sediments mit Hilfe eines Maßstäbchens. Die hierbei unterlaufenden Versuchsfehler liegen innerhalb der Grenzen eines halben Millimeters. Weitere Nachprüfungen dieser Methode haben ergeben, daß man mit derselben das Ferment in sehr starken Verdünnungen noch deutlich nachzuweisen vermag Ferner überzeugte sich Verf., daß die peptonisirende Wirkung des Ferments keine wesentliche Einbuße erleidet, wenn das Pepsin statt in Wasser in Harnsalzsäurelösung zur Verwendung kommt. Das für die Praxis wichtigste Ergebnis der Untersuchungen des Verfassers ist dasjenige, daß zwischen der Pepsinsecretionsfähigkeit der Magendrüsen und

dem Fermentgehalt des Harns an Pepsin ein Parallelismus besteht. Derselbe gestattet daher in Fällen, in denen eine Magenausheberung aus irgend welchen Gründen contraindicirt ist, aus dem Verhalten des Harns Schlüsse auf die Leistungsfähigkeit der Magendrüsen in Bezug auf das Ferment zu ziehen.

Zum Schluß glauben wir darauf hinweisen zu müssen, daß Vorstehendes ein Capitel aus dem Aufsatz des Verfassers: „Zur Pepsinfrage bei Achylia gastrica" darstellt. M. L.

DDr. Labadie-Lagrave, Boix et Noé: **Toxicité urinaire chez la femme enceinte.** (Archives générales de médecine 1899, Heft 5.)

Die Verff. haben ihre Untersuchungen in Bezug auf die Toxicität des Harns Schwangerer auf 52 Frauen ausgedehnt, unter welchen sich 31 Schwangere befanden, 11 Wöchnerinnen, 2 Frauen mit Tubenschwangerschaft und 8 Schwangere, welche mit irgend einer Krankheit behaftet waren. Sie verfuhren nach der Methode Bouchard's und injicirten von den gewonnenen Harnen bestimmte, pro Kilo Körpergewicht berechnete Mengen Kaninchen. Vor der Harnuntersuchung wurden die Frauen, soweit es anging, für 24 bis 48 Stunden auf Milchdiät gesetzt. Die Verff. suchten hauptsächlich den Coefficienten der Harntoxicität festzustellen und gingen dabei von der Annahme aus, daß dieser Coefficient bei normalem Harn 0,46 beträgt. Das Ergebnis der Untersuchungen lautet nun dahin, daß der Coefficient der Harntoxicität bei normaler Schwangerschaft ca. $1^1/_2$ Monate nach Beginn derselben unter die Norm sinkt und vom dritten Schwangerschaftsmonate ab bis zur Geburt ungefähr 0,2 beträgt. Nach der Entbindung kehrt die Harntoxicität allmählich zur Norm zurück und erreicht dieselbe ungefähr innerhalb zweier Monate. Die Verringerung der Harntoxicität während der letzten 7—8 Schwangerschaftsmonate trat so constant auf, daß die Verff. diese Erscheinung fast als sicheres Schwangerschaftszeichen aufstellen möchten. Sie empfehlen aber, die Untersuchung zweimal mit 14tägiger Zwischenpause vorzunehmen und die Diagnose auf Schwangerschaft nur dann zu stellen, wenn der Coefficient der Harntoxicität bei der zweiten Untersuchung ebenso gering oder noch geringer ausfiel, als bei der ersten, vorausgesetzt natürlich, daß jegliche anderen Anhaltspunkte zur Erklärung der constatirten Abnahme der Harntoxicität fehlen. M. L

Hallopeau, Emery et Leri: **Xanthome tubéreux diabétique.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 6. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 8. juin 1899.)

Einen Monat nach der Beendigung einer Kur eines Diabetikers, die die Kräfte desselben wiederhergestellt und den Zuckergehalt bedeutend herabgesetzt hatte, entstanden ganz acut hirsekorngroße, pustelähnliche, gelbliche Knötchen an Daumen, Brust und Rücken, an die sich alsdann Knötchen, die etwas größer sind, und schließlich haselnußgroße Knoten,

namentlich an den Ellenbogen anschlossen. An Ellenbogen und Knieen ist in der Umgebung auch etwas Abschuppung vorhanden. Die Kleinheit und die Multiplicität der Efflorescenzen und gelblichen Knötchen im Munde, an der Innenseite der Wangen und den Seiten der Zunge sind weitere Characteristica des Falles. Penis und Augenlider, die sonst Lieblingslocalisationen des Xanthelasma planum vorstellen, sind vollkommen frei.

Dreyer (Köln).

Dr. Maréchal: **Ueber die sog. Dupuytren'sche Contractur der Fascia palmaris bei Diabetes mellitus.** (Journal de Neurologie, April 1899. Ref. nach Wratsch 1899, No. 19.)

Im Jahre 1883 hat Viger in seiner Dissertation sechs Fälle von Diabetes mellitus beschrieben, in denen die in der Ueberschrift bezeichnete Affection beobachtet wurde, und zwar bald in schwererer, bald in leichterer Form, je nach dem jeweiligen Zuckergehalt des Harns. In einem der vom Verf. beobachteten Fälle, der eine 65jährige, 60 g Zucker pro Liter im Harn ausscheidende Frau betraf, war diese Contractur ebenfalls in typischer Weise aufgetreten. In einem anderen, einen 58jährigen Diabetiker (15 g pro Liter) betreffenden Fall bestand die Contractur beiderseits bereits seit vier Jahren. Da die Kranken behaupteten, niemals schwere Handarbeit verrichtet zu haben, so glaubt Verf., daß die beobachtete Contractur ebenso wie diejenige bei Rheumatismus und Gicht durch Störungen der Ernährung und Innervation bedingt wird.

Li.

Dr. Manikatide: **Ueber alimentäre Lactosurie bei Säuglingen.** (La Roumanie médicale 1899, Heft 1—2. Referirt nach Wratsch 1899, No. 20.)

Verf. hat an 41 Kindern, welche mit entsahnter Milch unter Zusatz von Milchzucker genährt wurden, Untersuchungen angestellt, um die Bedingungen zu bestimmen, unter denen die alimentäre Lactosurie bei Säuglingen auftritt. Es zeigte sich, daß, sobald man mit der Verabreichung des Milchzuckers eine gewisse Grenze, und zwar 10 g pro Kilo Körpergewicht überschritten hat, Zucker im Harn auftritt; bei einem an Furunculose leidenden Kinde war es schon bei 7,6 pro Kilo Körpergewicht der Fall. Im Gegensatz zu den Untersuchungen Neumann's und Grosz' haben die des Verfassers ergeben, daß weder Verdauungsstörungen, noch irgend welche anderen Erkrankungen auf das Auftreten von Zucker im Harn von nennenswertem Einfluß sind, und daß die Glycosurie ausschließlich von dem Zuckerüberschuß in der Nahrung bedingt wird.

Die in practischer Beziehung wichtige Folgerung wäre die, daß es ganz überflüssig ist, Kindern, welche künstlich genährt werden, zuviel Zucker zu verabreichen, da derselbe doch nur in bestimmten Grenzen assimilirt wird.

Li.

II. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. J. Marer: **Urethritis gonorrhoica bei einem fünf Monate alten Kinde.** (Ungar. med. Presse 1899, No. 23 u. 24.)

Der fünf Monate alte Säugling, an dem sonst keine pathologischen Veränderungen zu constatiren waren, bot folgenden Befund an den Genitalien: Das Rudiment des Präputium — von einem beschnittenen Kinde ist die Rede — besonders unten in der Gegend des Frenulum geschwollen, glänzend, stellenweise mit Eiter bedeckt, im Sulcus coronarius ein dicker Eiterring. Die Gegend des Angulus penoscrotalis und die Haut zwischen Schenkel und Hoden beiderseits gerötet, stellenweise mit Eiter bedeckt Die Schleimhaut des Orific. urethr. ext. hervorragend, purpurrot, geschwellt; aus der Urethra entleert sich auf Druck ein dicker, rahmähnlicher Eiter; Penis halb erigirt, entsprechend der Fossa navicularis eine Resistenz. Das Kind urinirt alle $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, bei jedem Uriniren krampfhaft die unteren Extremitäten an den Bauch ziehend, dabei weinend und einige Tropfen Eiter enthaltenden Urin entleerend. Der Tenesmus war auch in den folgenden Tagen ein ziemlich starker. Auf einigen Windeln waren die für den gonorrhoischen Eiter characteristischen grün-gelben Flecke zu sehen. Auf Grund dieser Symptome wurde die Diagnose auf Urethritis gonorrhoica gestellt. Es wurden urethrale Injectionen mit einer 2proc. Lösung von Act. lithargyr. 3—5mal täglich gemacht und das Kind 3mal täglich gebadet. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Kindes, und nach 6—7 Wochen, wo der Knabe Varicellen acquirirte, hörte das Leiden vollständig auf. Marer war der Ansicht, daß das Auftreten der Varicellen den gonorrhoischen Proceß günstig beeinflußte.

Nach Ablauf der Varicellen wurde der Knabe vollkommen gesund, es besteht kein Harndrang, die Miction ist stark und geschieht in einem Strahle.

M. L.

Dr. Ludwig Somogyi: **Das Largin in der Therapie der Gonorrhoe.** (Pester med.-chir. Presse 1899, No. 28.)

Seit October 1889 hat Verf. 117 Fälle mit Largin behandelt. Es waren darunter 53 Fälle von Blennorrhoea acuta anterior, bei welchen vom Auftreten der gonorrhoischen Symptome bis zum Beginn der Behandlung nicht mehr als 8 Tage verstrichen waren; 10 Fälle von Blennorrhoea subacuta anterior, die sich 4—8 Wochen nach Auftreten der ersten Krankheitssymptome zur Behandlung meldeten, zum Teil bereits behandelt wurden, jedoch keine U. posterior darboten; 22 Fälle von Blennorrhoea acuta totalis, bei welchen vom Beginn der Erkrankung bis zur ersten Consultirung 2—6 Wochen vergangen waren und schon Symptome einer U. posterior bestanden; schließlich 32 Fälle von Gonorrhoea chronica.

In den Fällen der ersten beiden Gruppen wurde außer den bekannten Diätmaßregeln tägliche Waschung der Genitalien, womöglich mit warmem Seifenwasser, angeordnet. In Fällen, welche im frühesten Anfangsstadium zur Behandlung kamen, wurde mit $^1/_2$proc. Largininjectionen begonnen, welche 4 Tage hindurch 4mal täglich vorgenommen und 5—10 Minuten lang, Abends unmittelbar vor dem Schlafengehen 15 Minuten lang in der Harnröhre zurückgehalten wurden; dann wurde die Concentration allmählich bis zu 1 pCt. gesteigert — bei täglich einmaliger Einspritzung und unter Verlängerung der Einwirkungsdauer. In der Behandlung chronischer Gonorrhoe hat Verf. das Largin außer den prolongirten Injectionen in Form von 2—5proc. Ultzmann'schen Instillationen, die Einführung von mit Cacaobutter angefertigten 2—3proc. Stäbchen mittelst des Grünfeld'schen Spiegels und in Form von 1proc. Pinselungen angewendet. Sehr gute Dienste leistete die Metallsonde, jeden zweiten Tag applicirt, in der Zerteilung der Exsudate und Schwellungen. Von sehr guter Wirkung war in geeigneten Fällen die Faradisation der Prostata mittelst der Popper'schen Electrode, wobei aus der erschlafften Prostata ein reichliches, mit Gonokokken geschwängertes Secret austrat und so der häufige und schwer zugängliche Herd der Gonokokken, der so viele Recidive zu verursachen pflegt, von den Infectionskeimen befreit wurde. Die bei chronischer Blennorrhoe angewendete stärkere Larginsolution rief trotz ihrer schwach alkalischen Reaction keine Schmerzen hervor, während im gleichen Falle die Instillation von Silbernitrat derart schmerzhaft wirkt, daß der Patient selbst in seiner Berufsausübung gestört wird.

Die Ergebnisse seiner Erfahrungen faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Das Largin kann in Anbetracht seiner besonderen bacterientötenden Wirkung bei acuten Fällen schon im Anfangsstadium in Solutionen von $^1/_2$—1 pCt. mit gutem Erfolg angewendet werden; es verkürzt die Krankheitsdauer und verursacht keine Schmerzen.

2. Zufolge seiner bactericiden Eigenschaft und Imbibitionsfähigkeit übertrifft es, im Hinblick auf die Verhinderung des Rückwärtsgreifens des Erkrankungsprocesses, alle bisher bekannten Silberpräparate.

3. Bei chronischen Fällen ist es gleichfalls mit gutem Erfolg anzuwenden; in entsprechenden Solutionen kommt es um den Preis verschwindend geringer Schmerzen in seiner Wirkung dem Silbernitrat nahe und kann dieses in den meisten Fällen ersetzen. Lohnstein.

Prof. Kalindéro: **Ueber Erkrankung des Rückenmarks bei Gonorrhoe.** (La Roumanie médicale 1899, Heft 1—2. Ref. nach Wratsch 1899, No. 20.)

Verf. bespricht die in der Litteratur veröffentlichten Fälle von gonorrhoischer Affection des Rückenmarks. Einige derselben hatten letal geendet, und die mikroskopische Untersuchung ergab das Bestehen einer Meningo-Leuko-Myelitis der Lumbalgegend. Die Feststellung von Neisser'schen Gonokokken in dem afficirten Teile des Rückenmarks war in keinem einzigen

Falle gelungen; dieser Umstand spricht jedoch nicht gegen den gonorrhoischen Ursprung der Rückenmarksaffection in den betreffenden Fällen, da dieselbe, wenn nicht durch die Gonokokken selbst, so doch durch deren Toxine hervorgerufen werden konnten; für den gonorrhoischen Ursprung der Affection spricht dagegen das Fehlen jeglicher anderer Ursache.

Der vom Verf. selbst beobachtete Fall unterscheidet sich von den übrigen Fällen dadurch, daß die Affection nicht in der weißen Substanz des Rückenmarks, sondern in der grauen, und zwar in den Zellen der Corn. ant. localisirt war, die Lumbalgegend einnahm und sich hauptsächlich in Auflösung des Zellchromatins äußerte. Diese Veränderungen, welche eher Degenerations- als Entzündungserscheinungen darboten, sprachen schon an und für sich für den toxischen Ursprung der Rückenmarkaffection. Außer dem Rückenmark selbst waren die peripheren Nerven und die Nerven der unteren Extremitäten afficirt.

Die Krankengeschichte des zuletzt geschilderten Falles ist folgende: Ein 30jähriger, stark abgemagerter Mann kommt in's Krankenhaus mit vollständiger Parese und Atrophie der Weichteile der beiden unteren Extremitäten, mit diffusem Decubitus am Kreuz, am rechten Trochanter und an den Hacken, mit dunkelroten Flecken an den Beinen, mit Gefühl von Taubsein und Ameisenkriechen in den Beinen, mit Harnverhaltung und gonokokkenhaltigem Ausfluß aus der Harnröhre. Der Patient hatte im Alter von 20 Jahren Gonorrhoe acquirirt, welche beinahe ein volles Jahr anhielt. Einige Monate nach dem Beginn der Gonorrhoe hatten sich damals Gelenkschmerzen mit Schwellung der Kniegelenke und der Handwurzel eingestellt. Sieben Jahre später acquirirte Patient zum zweiten Male Gonorrhoe, welche in 3—4 Monaten scheinbar spurlos verschwand. Vor sechs Wochen acquirirte Patient zum dritten Male Gonorrhoe, zu der acht Tage später sich Kreuzschmerzen und Schwäche der unteren Extremitäten hinzugesellten, worauf sich allmählich derjenige Zustand ausbildete, den der Patient bei seiner Aufnahme in's Krankenhaus darbot. Der Decubitus griff immer tiefer und tiefer, es trat Fieber hinzu, und nach 13 Tagen starb der Patient unter Erscheinungen äußerster Inanition. Li.

Dr. Moltschanow: **Beitrag zur Pathogenese der gonorrhoischen Erkrankungen des Nervensystems.** (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie an der Universität Moskau. Wratsch 1899, No. 25.)

M. berichtete über das Ergebnis seiner experimentellen Untersuchungen über die Wirkung des Gonococcus und seines Toxins auf das Nervensystem der Tiere (weißer Mäuse, Meerschweinchen und Kaninchen). Das Toxin wurde aus Gonokokkenculturen in flüssigem Medium (ein Teil Bouillon und ein Teil Hydrocelenflüssigkeit vom Menschen) bei Erwärmung innerhalb einer Viertelstunde bei 70° C. gewonnen. Die klinischen Erscheinungen waren in Fällen von chronischer Intoxication folgende:

1. Bei Meerschweinchen beobachtete man von der dritten Woche seit

der Injection ab Steigerung der Sehnenreflexe hauptsächlich an den hinteren Extremitäten; gegen Ende des ersten und zu Anfang des zweiten Monats verschwanden die Reflexe und kehrten im Anfang des dritten Monats zurück. Gegen Ende des ersten und im Anfang des zweiten Monats entwickelten sich mit Muskelatrophie einhergehende Paresen und Lähmungen, hauptsächlich an den hinteren Extremitäten.

2. Bei Kaninchen traten diese Erscheinungen später auf und waren nicht so deutlich ausgesprochen, dagegen wurde häufiger Störung des Muskelsinus in den hinteren Extremitäten beobachtet.

Bei 25 Meerschweinchen und 30 Kaninchen wurde die mikroskopische Untersuchung ausgeführt. Dieselbe ergab:

1. In Fällen von acuter Intoxication spielen sich die durch das Gonokokkentoxin gesetzten Veränderungen hauptsächlich in den Zellen der vorderen Hörner des Rückenmarks ab und äußern sich in Auflösung der Chromatinsubstanz, in Form- und Lageveränderung des Kernes, in Bildung von Vacuolen und nachfolgender Atrophie der Zellen mit Ersatz derselben durch Neuroglia. Diese Veränderungen bieten nichts Specifisches dar und treten am schärfsten bei Meerschweinchen auf.

2. Die Zellen der Rückenmarksganglien machen dieselben Veränderungen durch, aber später; in geringerem Grade werden die Zellen der Hirnrinde, der großen Ganglien und der Kerne der Hirnnerven betroffen.

3. Außerdem beobachtet man Hyperästhesie der Hirn- und namentlich der Rückenmarkshäute, Hyperästhesie der grauen Substanz des Rückenmarks und nicht selten Blutergüsse in demselben.

4. Der Grad der geschilderten Veränderungen hängt ganz von der Quantität des injicirten Giftes ab.

5. Von der dritten Woche nach der Injection des Giftes (bei Meerschweinchen) und der vierten Woche bei Kaninchen entstehen mehr oder minder ausgesprochene Erscheinungen von degenerativer Neuritis.

6. Zu Ende des zweiten Monats, bisweilen auch später, entstehen degenerative Erscheinungen in den Rad. et Column. post. des Rückenmarks.

M. L.

III. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

De Beurmann et Delherm: **Quelles sont les limites de l'infection syphilitique?** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 6. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 8. juin 1899.)

Verff. stellen eine Anzahl Thesen der Syphilis auf: 1. Syphilis wird durch Ansteckung oder Vererbung erworben. 2. Wahrscheinlich ist aus-

nahmslos nur der Mensch fähig, Syphilis zu erwerben. 3. Primäre, secundäre und tertiäre Erscheinungsformen treten auf. 4. Sogenannte parasyphilitische Erscheinungen können sich anschließen. 5. Reinfectionen kommen nicht vor.

Von diesen Thesen giebt es Ausnahmen. Reinfectionen bei hereditärsyphilitischen Personen sind sichergestellt. Zwei neue Fälle führen die Verfasser selbst auf. In der zweiten Generation muß eine Reinfection noch leichter sein. Die Frage der Reinfection bei erworbener Syphilis lassen die Verfasser offen, obwohl sie eine Anzahl zweifelloser Fälle anerkennen. Der Frage der Reinfection steht die der Immunität gegenüber. Nach Ansicht der Verfasser sind die Kinder syphilitischer Mütter niemals immun, sondern bei mangelnden Symptomen doch stets latent syphilitisch. Trotzdem können sie zuweilen eine postconceptionelle Syphilis erwerben, da eben die hereditäre Lues nicht immer Immunität gewährleistet. Auch den Fällen von Immunität gegen erworbene Syphilis wird Beweiskraft abgesprochen. Häufig folgen noch tertiäre Symptome. Namentlich ist die Häufigkeit solcher Fälle bei Frauen — Verff. citiren zwei Fälle — auffallend, bei denen dann häufig eine conceptionelle latente Syphilis wahrscheinlich wird. In anderen Fällen handelt es sich schließlich um latente hereditäre Syphilis. Zieht man alle diese latenten Syphilisfälle hinzu, so wird die Zahl der Erkrankungen an Tabes, progressiver Paralyse und Aneurysmen, die auf Lues zurückzuführen sind, noch viel größer. (Es ist erfreulich, daß dieser Syphilisbau der Autoren ein Luftschloß ist, dem jede exacte Grundlage fehlt. Ref.). Dreyer (Köln).

De Beurmann et Delherm: **Du diagnostic entre le chancre infectant et certaines ulcerations tertiaires.** (Annal. de derm. et de syph. 1899, No. 6. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 8. juin 1899.)

Von den beiden vorgestellten Fällen zeigt der eine einen harten Schanker am Oberschenkel, der zweite eine tertiäre Ulceration am Oberarm, die sich klinisch außerordentlich gleichen. Auch im zweiten Fall sind Drüsenschwellungen vorhanden, deren Mangel sonst die Diagnose erleichtern könnte. Nur der Umstand, daß in Fall 1 der Schanker mehrere Monate dauerte und zugleich mit Roseolen und Papeln bestand, machte die Diagnose leicht. Langes Bestehen und größere Ausdehnung sind bei extragenitalen Schankern nicht selten. Im zweiten Fall machten zahlreiche characteristische Narben die Diagnose leicht. Hätte man die Ulceration allein gesehen, so hätte man an eine Reinfection glauben können. Einige vermeintliche Fälle von Syphilis hereditaria tarda und Syphilis doublée der Litteratur lassen sich so vielleicht auch erklären. Dreyer (Köln).

Balzer et Gauchery: **Glossite scléreuse syphilitique chez une femme de 33 ans.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 6. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 8. juin 1899.)

Bei einer Frau, deren Syphilis sieben Jahre zurückdatirt und bei der fünf Jahre nach Beginn erst wieder Symptome am Mund auftraten, findet

sich jetzt starke Hypertrophie der Lippen, die ulcerirte syphilitische Knoten tragen, und eine breite, mit Zahneindrücken versehene und von tiefen Furchen durchzogene Zunge. Außerdem sind narbige sclerotische Veränderungen im Pharynx und knotige, ulcerirte Syphilide am Anus und an der Vulva vorhanden. Diese syphilitische Sclerose der Zunge ist bei Frauen viel seltener als bei Männern. Bei letzteren führt man sie vielfach auf das Rauchen und Trinken zurück, mit Unrecht, wie Barthélemy meint, da sie auf seiner Prostituirtenabteilung bei Personen, die im Rauchen und Trinken hinter Männern nicht zurückstehen, sich selten findet. Diese Bevorzugung des männlichen Geschlechts hat die Zungenerkrankung gemein mit der cerebralen Form der Syphilis, wie von Fournier hervorgehoben wird. Die Zungensclerose ist einer antisyphilitischen Behandlung kaum zugänglich, wie auch die interstitiellen Entzündungen der inneren Organe. Calomelinjectionen werden von Fournier als beste Methode der Hg-Anwendung auch hier empfohlen. Dreyer (Köln).

Dr. Rischawy (Wien): **Ein Fall von vollständiger Verwachsung der Epiglottis mit dem Zungengrund nach Heilung luetischer Geschwüre.** (Vortrag, gehalten in der Wiener laryngologischen Gesellschaft vom 6. April 1899. Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 22.)

Während die Narben nach luetischer Geschwürsbildung sonst die Epiglottis gegen den Kehlkopfeingang ziehen, wurde im Falle R.'s die Epiglottis nach vorwärts gezogen, weil die Geschwüre am Zungengrunde und wahrscheinlich auch an der lingualen Fläche der Epiglottis gesessen hatten. Dementsprechend ist die Epiglottis als Ganzes an den Zungengrund angewachsen; ihre laryngeale Fläche bildet die Fortsetzung des Zungenrückens.

Der Patient leidet nicht an Fehlschlucken, wohl aber an Erschwerung des Schluckens. Die Hervorbringung tiefer Töne ist ungestört geblieben.

M. L.

Prof. Fournier (Paris): **Ueber secundäre Muskelsyphilis.** (Allgemeine Wiener med. Zeitung 1899, No. 26, 27 u. 28.)

Im Gegensatz zu der allgemein herrschenden Ansicht behauptet Verf., daß die Muskeln schon bei secundärer Syphilis in verschiedener Weise in Mitleidenschaft gezogen werden. Man kann die secundärsyphilitischen Erscheinungen der Muskeln unter folgenden sechs Punkten zusammenfassen: 1. Muskelschmerzen (Myosalgien). 2. Muskelcontracturen. 3. Myositis. 4. Muskelschwäche. 5. Muskelatrophie. 6. Tremor.

1. Myosalgien. Die syphilitischen Myosalgien bestehen in einfachen Muskelschmerzen, die ihren Sitz im Gewebe, im Muskelparenchym selbst haben oder zu haben scheinen. Der Schmerz ist das einzige Symptom, das die Myosalgien characterisirt: die minutiöseste klinische Untersuchung kann kein anderes Symptom des schmerzhaften Muskels zu Tage fördern. Der mit dem Schmerz verbundene Grad von Muskelschwäche ist an und für sich

nichts Anderes als eine notwendige Folge des Schmerzes. Die Beweglichkeit an und für sich bleibt unberührt. Die Schmerzen der musculären Syphilis befallen den Muskelkörper, den fleischigen Teil des Muskels; es ist selten, daß sie den ganzen Muskel einnehmen; sie sind beinahe immer umschrieben und beschränken sich auf einen Teil im Verlauf des ganzen Muskels in der Ausdehnung von einigen Centimetern. Die Schmerzen werden im Allgemeinen durch die Bewegung erzeugt; sie stellen sich aber auch von Zeit zu Zeit in der Ruhe ein, entweder als Folge unwillkürlicher musculärer Contractionen oder auch in Folge leichter, kaum abschätzbarer Veränderungen in der Stellung des Muskels; endlich entstehen sie auch ohne bekannte Ursache. Manchmal, aber nicht immer, werden sie durch Druck oder auch nur durch einfaches Palpiren verschlimmert, wodurch es dem Arzte möglich wird, ihren Sitz und ihre Ausdehnung zu bestimmen. In der Ruhe ist der Schmerz dumpf, wie nach einer Quetschung; bei Bewegung aber werden die Schmerzen acuter und peinlicher. Endlich zeigen diese Schmerzen unter dem Einfluß der Nacht eine ausgesprochene Verschärfung, ein anderes Mal sind sie am Morgen viel lebhafter beim Erwachen, zu einer Zeit, wo der Muskel bereits lange nicht in Action war. Die secundären Myosalgien haben wahre Lieblingssitze. Diese sind: die Muskelpartien der Schenkel und der Beine, die Muskeln der Schulter, die Muskeln des Vorderarmes, besonders die Beuger, der cervicale Teil des Musculus Trapezius und die Lendenmuskeln. Manchmal beobachtet man nur eine einzige Localisation dieser Schmerzen, ein ander Mal kann man viele Loci praedilectionis constatiren. Sehr häufig gesellt sich übrigens zu diesen Muskelschmerzen ein anderer Schmerz, der seinen Ursprung in den Gelenken, den Sehnen und dem Periost hat. Diese zweierlei Art von Schmerzen findet man sehr häufig vereinigt. Sehr variabel ist die Entwicklung und die Dauer dieser Schmerzen: bald dauern sie nur wenige Tage, bald braucht es Wochen, bis sie verschwinden; endlich sind die Kranken plötzlichen Verschlimmerungen und Recidiven unterworfen. Man kann diesen Schmerzen leicht abhelfen, sei es durch eine innerliche Behandlung, sei es mit Hilfe äußerlicher Mittel (narcotische Linimente, Chloroform, Sinapismen, Pinselungen mit Jodtinctur und, wenn nötig, auch mit fliegenden Vesicantien). Allgemeine Dampfbäder oder, was noch besser ist, örtliche Dampfbäder zeigen sich bei Beschwichtigung dieser Art von Schmerzen von Vorteil.

2. Musculäre Contractur — secundäre Contractur des Biceps brachii. Es ist in unzweifelhafter Art festgestellt, daß ein Muskel das Monopol besitzt, Erscheinungen musculärer Contractur aufzuweisen, und das ist der Biceps brachii. Es handelt sich hier gewöhnlich um einen Kranken, der jeden Tag oder über den Tag von einer Contractur des Biceps ergriffen wird. Der Vorderarm erscheint gebeugt, unbeweglich wie in einer Ankylosenstellung, der Kranke kann das afficirte Glied nicht strecken, versucht er es, so wird er durch einen lebhaften Schmerz daran gehindert, und auch wenn er sich anstrengt, ist es ihm nicht möglich, diesen Schmerz zu überwinden.

Geht der Arzt daran, eine forcirte Extension zu versuchen, so ruft er beim Patienten ein peinliches Angstgefühl hervor und hat die Empfindung einer mehr oder weniger ausgesprochenen besonderen Resistenz, eine Art Rigidität des Armes, welche hartnäckig den Arm in der Flexionsstellung hält; kurz, eine Extension des Vorderarmes gegen den Arm ist unmöglich, außer auf Kosten eines starken Schmerzes, und der Vorderarm bleibt permanent in Flexionsstellung fixirt. Die Bicepssehne erscheint wie eine Saite gespannt, rigid, unter der Haut vorspringend und steht im offenbaren Gegensatz mit der offenkundigen Unthätigkeit des Muskels. Der Biceps scheint nicht contrahirt zu sein, er ist weniger schlaff als ein Muskel in der Ruhe, indessen bietet er nicht die Härte eines contrahirten Muskels. Indessen zeigt die sorgfältigste Untersuchung die vollständige Integrität der Umgebung des Muskels, der Haut, des Zellgewebes, der Gelenke, der Nerven, der Sehnen u. s. w. Diese Contractur des Musculus biceps ist eine ausgesprochene Form der Syphilis und kann an und für sich bei Fehlen anderweitiger specifischer Erscheinungen die Syphilis als solche bestätigen. Die Contractur des Biceps ist ausschließlich eine secundäre Erscheinung. Man beobachtet sie im Allgemeinen im 12. oder 13. Monate der Infection und bei allen Formen der Syphilis. Die Krankheit beginnt schleichend, beinahe heimtückisch und bleibt lange Zeit ohne jede Veränderung stationär; sie gelangt aber immer schließlich zur Heilung, ohne eine Spur in den befallenen Muskeln zu hinterlassen. In der bei Weitem größten Zahl der Fälle ist die Krankheit einseitig; ausnahmsweise hat man jedoch beobachtet, daß sie beide Arme in ihr Bereich zog, aber nicht auf einmal, sondern stets successive. Je nachdem eine ärztliche Behandlung Platz greift oder nicht, ist die Dauer der Krankheit wechselnd, aber beinahe stets beträchtlich lang. Mit Ausnahme weniger gutartiger Fälle heilt sie nicht unter zwei, drei bis fünf Monaten. Der Sitz dieser Contractur oder Pseudocontractur bleibt ein Rätsel. Was die Behandlung betrifft, so ist es unzweifelhaft, daß eine specifische Behandlung auf das fragliche Symptom eine heilsame Wirkung ausübt; diese Wirkung tritt aber im Allgemeinen nur sehr langsam ein. Erfahrungsgemäß ist bei dieser Affection eine gemischte Behandlung angezeigt. Nach der Ansicht mancher Autoren wird dem Jod eine präponderirende Wirkung beigemessen. Man hat bei dieser Contractur äußere Mittel anzuwenden gesucht, als da sind: Revulsiva auf die Haut (Vesicantien, Haarseile, Sinapismen), ferner beruhigende Einreibungen (Belladonna, Chloroform, Opium); man wendet Massage in Form von Reiben und Kneten an, man versucht Dampfbäder, Aetherspray, endlich Electricität. Der Nutzen aller dieser Methoden war immer ein recht eingeschränkter.

3. Myositis. Die wahre Myositis wird characterisirt durch eine Anschwellung des Muskelkörpers mit einem plastischen Erguß, einen Widerstand bei der Berührung, Schmerz beim Druck und durch Bewegung hervorgebrachten Schmerz, functionelle Unfähigkeit u. s. w. Sie heilt sehr rasch unter dem Einfluß einer specifischen Behandlung, ohne eine Spur zu hinterlassen.

4. Muskelschwäche — Debilitas muscularis. Es kommt mit Beginn der Secundärperiode der Syphilis namentlich in der ersten Zeit dieser Periode häufig vor, daß die Muskelkraft afficirt und vermindert wird, und zwar in einer mehr oder weniger kenntlichen Weise. Die Kranken sind sich dieser Erscheinung bewußt. Sie beklagen sich, daß sie ihre Kräfte verlieren, sie sagen, sie fühlten sich in Bezug auf ihre Kraft nicht mehr so wie früher, sie werden leicht beim Gehen müde, sie ertragen keine körperliche Uebung oder Anstrengung, sie sind außer Stande, ihre Beschäftigung wie vordem zu verrichten. Diese Muskelschwäche dauert eine gewisse Zeit, je nach den vielfachen Bedingungen der Constitution, den hygienischen Verhältnissen, der Intensität der Krankheit, der Behandlung u. s. w. In der Folge macht sie dem normalen Zustande wieder Platz. Diese Wiederherstellung der Kräfte ist gewöhnlich eine plötzliche und vollkommene. Nur manchmal vollzieht sich dieser Vorgang langsam; bisweilen bleibt die Wiederherstellung der Kräfte für die Dauer eine unvollkommene. Von den verschiedenen Theorien, welche die geschilderte Erscheinung zu erklären suchen, bevorzugt Verf. diejenige, welche dieselbe als Gesamtresultat des infectiösen Einflusses der Krankheit auf den ganzen Organismus betrachtet.

Die Muskelatrophie und den Tremor bespricht Verf. nicht.

Lohnstein.

Prof. Tarnowski: **Ueber die Heilbarkeit der Syphilis.** (Wratsch 1899, No. 22.)

Tausende von Syphiliskranken richten täglich an den Arzt die Frage, ob sie auf Heilung hoffen dürfen, ob diese Heilung rasch eintreten und eine dauernde sein würde. Sie erhalten aber meistenteils ausweichende und höchst unbestimmte Antworten. Selbst Specialisten wie Fournier, Moriac, Lang, Finger sind in der Frage der Heilbarkeit der Syphilis uneinig. Hutchinson spricht sich positiv für die Heilbarkeit der Syphilis aus. Die Uneinigkeit der Autoren erklärt sich vor Allem dadurch, daß die älteren Mitteilungen über Fälle von Syphilisheilung jede Bedeutung verloren haben, seitdem die Gonorrhoe und das Ulcus molle, welche man früher mit der Syphilis in einen Topf warf, von der letzteren abgesondert wurden. Andererseits werden jährlich neue Syphiliserscheinungen entdeckt, und schließlich ist die Sammlung von Material bezüglich der Syphilisheilung äußerst schwer. Der Kranke läßt sich gewöhnlich ein Jahr, höchstens zwei bis drei Jahre behandeln und entzieht sich dann gewöhnlich der weiteren Beobachtung; nur in äußerst seltenen Fällen bietet sich dem Arzt die Möglichkeit, den betreffenden Patienten 20—40 Jahre im Auge zu behalten, und doch wäre man nur auf Grund solcher Beobachtungen berechtigt, die Frage der Heilbarkeit der Syphilis mit Bestimmtheit zu beantworten. Außerdem wirkt noch der Umstand erschwerend, daß selbst der Begriff von Heilung der Syphilis noch nicht festgestellt ist. Bei der Beurteilung der Syphilisheilung wird ein ganz anderer Maßstab angewandt, als bei anderen Krank-

heiten: es wird eine radicale Heilung unter Garantie eines dauernden Erfolges verlangt. T. schlägt nun vor, auch in Bezug auf die Syphilis die Worte „Gesundheit", „Genesung" und „Heilbarkeit" in ihrer conventionellen, allgemein angenommenen Bedeutung gelten zu lassen. Wenn die Krankheitserscheinungen vorüber sind, die Gesundheit wieder hergestellt ist und sich die Erscheinungen der überstandenen Krankheit ohne Hinzutritt einer neuen Erkrankung nicht wiederholen, so soll man nach T. getrost auch bei Syphilis von Heilung und Genesung sprechen.

Das factische Material T.'s umfaßt 50 Fälle und betrifft Personen, welche er meistenteils innerhalb 20—40 Jahre seit dem Auftreten der Induration persönlich beobachtet hatte, und deren Eltern außer Verdacht auf Syphilisinfection gestanden hatten. T. berücksichtigte bei der Zusammenstellung nur solche Patienten, welche mindestens 20 Jahre lang unter permanenter ärztlicher Beobachtung standen, und bei denen seit dem letzten Auftreten der Syphilis mindestens 16 Jahre verstrichen waren. Unter den 50 Kranken befanden sich 48 Männer und 2 Frauen, die durchschnittlich vor 28 Jahren im Alter von 23 Jahren die Syphilis acquirirt hatten. Die Patienten boten durchschnittlich innerhalb der ersten vier Jahre syphilitische Krankheitserscheinungen dar und wurden mit Quecksilber und Jod behandelt; innerhalb der folgenden 24 Jahre waren keine Krankheitserscheinungen mehr aufgetreten und die Kranken erfreuen sich sämtlich auch gegenwärtig einer guten Gesundheit. Bei einem Patenten blieb die Syphilis nur auf Induration beschränkt. Bei 30 trat die Heilung im secundären, bei 19 im gummösen Stadium ein. Die Hälfte der Kranken heiratete; bei 6 blieb die Ehe kinderlos, bei 19 wurden insgesamt 56 Kinder ohne jegliche hereditärsyphilitische Erscheinungen geboren. Sämtliche Kranken gehörten den gebildeten Ständen an; manche haben stets äußerst unregelmäßig gelebt und thun es teilweise noch jetzt. Unter den Kranken befanden sich Militärs, Aerzte, Beamte, Schriftsteller, Gelehrte, Finanzleute etc. Es befand sich unter ihnen kein einziger Alkoholiker und auch kein einziger Malariakranker; sie waren sämtlich von kräftigem Körperbau und guter allgemeiner Gesundheit. Bei 20 wurde die Quecksilberbehandlung gleich im Anfang der Erkrankung, d. h. bei der primären Induration eingeleitet, bei 27 erst bei dem Auftreten der secundären Erscheinungen. Die meisten Patienten haben nach der Quecksilberbehandlung und nach dem Verschwinden der Syphiliserscheinungen innerhalb einiger Jahre wiederholt Jodkali erhalten.

Die Schlußthesen, welche T. auf Grund seiner 40jährigen Erfahrung aufstellt, sind folgende:

1. Die Syphilis ist in ihren sämtlichen Entwicklungsstadien heilbar. Die Krankheit kann lediglich auf die primären Erscheinungen beschränkt bleiben. Am häufigsten tritt Heilung nach Entwicklung des secundären Syphilisstadiums ein. Schließlich ist eine vollständige Heilung der Syphilis auch in tertiärem, gummösen Stadium möglich.

2. Die gegenwärtige Quecksilber- und Jodbehandlung der Syphilis war zwar in den Fällen des Verfassers die Grundbedingung der Heilung. sie

genügt aber bei Weitem nicht sämtlichen Heilungsbedingungen und beeinträchtigt nicht die Bedeutung der letzteren.

3. Von den sonstigen Heilungsbedingungen sind die wichtigsten: kräftiger Körperbau, Fehlen erblicher Belastung und gute allgemeine Gesundheit.

4. Auf die Heilbarkeit der Syphilis hat unter gleichen sonstigen Verhältnissen den größten Einfluß der Grad der Widerstandsfähigkeit des Organismus dem syphilitischen Gift gegenüber. Das Wesen dieser Widerstandsfähigkeit ist aber noch nicht aufgeklärt.

5. Behufs erfolgreicher Erforschung der bezeichneten Widerstandsfähigkeit, sowie behufs weiterer Ergründung der übrigen Heilungsbedingungen der Syphilis sind langjährige, genaue, vor Allem durchaus zuverlässige Massenbeobachtungen erforderlich; die Zusammenstellung seltener und exclusiver Fälle verleitet leicht zu falschen Schlüssen.

6. Die Gefahr, welche dem inficirten Organismus von Seiten der Syphilis droht, besteht nicht in den Krankheitserscheinungen selbst, welche mit den gegenwärtigen Behandlungsmethoden größtenteils erfolgreich bekämpft werden, sondern in den parasyphilitischen Affectionen. Auch kommt es natürlich darauf an, welche Teile von der Krankheit ergriffen sind.

7. Die Dauer der sogenannten latenten Syphilis hängt weniger von dem Character der Erkrankung selbst, als von dem Grade unserer Kenntnisse und unserer Aufmerksamkeit bei der Beobachtung der Kranken ab.

Lubowski.

Dr. Ratner: **Syphilis der Leber.** (Wratsch 1899, No. 21.)

Der 32jährige Patient bot als hauptsächlichste Krankheitserscheinungen Vergrößerung der Leber und der Milz und continuirliches, zwei Jahre anhaltendes Fieber dar. Als Folgen des Fiebers bestanden Anämie, allgemeine Körperschwäche und äußerster Niedergang der Ernährung. Absceß der Leber konnte schon auf Grund des Fiebers, ferner aber auch auf Grund der übrigen Krankheitserscheinungen mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Man konnte somit entweder an Malaria oder Syphilis denken. Nun war aber das Fieber nicht dasjenige der chronischen Malaria, welches sich durch Unregelmäßigkeit der Temperaturschwankungen und Bestehen von fieberlosen Intervallen auszeichnet; ferner blieb sowohl der Klimawechsel, wie auch die bei Malaria übliche medicamentöse Behandlung ohne jeglichen Einfluß auf den Krankheitszustand; man mußte also von der Diagnose „Malaria" absehen und eine syphilitische Affection der Leber annehmen, um so mehr, als in der Anamnese des Patienten Syphilis vorhanden war. Die in der Leber bestandenen Veränderungen waren solche bindegewebiger Natur, und so mußte das bestehende Fieber zuerst unerklärlich erscheinen. Bei näherer Betrachtung konnte man aber auch diese Erscheinung auf Syphilis zurückführen: es ist nämlich bekannt, daß in der Leber neben interstitiellen Veränderungen, mögen dieselben im klinischen Bilde noch so prävaliren stets auch gummöse Neubildungen vorhanden sein können, und zwar entweder in der Tiefe des Organs oder in seinen unteren, versteckter liegenden

Partien, oder selbst auf der oberen Oberfläche in Form von miliaren, der Palpation unzugänglichen Knötchen; diese Gummata, welche sich der unmittelbaren klinischen Beobachtung entziehen, können aber eine Quelle von continuirlichem Fieber abgeben.

Der durchschlagende Erfolg der eingeleiteten antiluetischen Behandlung bestätigte die Diagnose in allen Punkten. Li.

Levitzky: **Ein Fall von Gonitis syphilitica.** (Djetskaja Medicina 1899, No. 1. Ref. nach Petersburger med. Wochenschrift 1899, No. 20.)

Drei Monate vor dem Eintritt in's Hospital bemerkten die Eltern ein progressives Anschwellen beider Kniee, es trat Schmerzhaftigkeit hinzu, und schließlich hörte die 4jährige Patientin vollständig auf zu gehen. L. constatirte eine Anschwellung von unregelmäßiger ovoider Form beider Kniee, beruhend auf Erguß in's Gelenk sowohl als auch starke Auftreibung der Femur- und Tibiaepiphysen. Lues der Eltern konnte nicht constatirt werden. Dessen ungeachtet brachten eine ca. sechswöchentliche Behandlung mit Jod kalium und Quecksilbereinreibungen vollständige Besserung. Li.

Dr. Malyschew: **Fall von Syphilis cutanea vegetans.** (Vortrag und Demonstration in der venerologischen und dermatologischen Gesellschaft zu Moskau. Wratsch 1899, No. 23.)

Der 40jährige, vollkommen gesunde Patient rieb sich mit dem Stiefel das rechte Bein in der Nähe des inneren Knöchels wund. Einen Monat später entstanden in der rechten Leiste einige haselnußgroße Papeln, bald darauf entwickelten sich ähnliche Papeln sowohl in der anderen Leiste wie auch in den beiden Achselhöhlen. Nach einem weiteren Monat stellten sich diffuses Exanthem und Halsschmerzen ein, während die inzwischen stark gewucherten Papeln zu confluiren und zu nässen begonnen haben und schmerzhaft wurden. Im Krankenhause wurde Syphilis diagnosticirt und eine specifische Kur eingeleitet. Nach 22 Einreibungen verschwanden sämtliche manifesten Syphiliserscheinungen und die Papeln verringerten sich bedeutend. Nach acht Tagen begannen die Papeln wieder zu wuchern, außerdem entwickelten sich neue am Halse, am Hodensack und um den Anus. Aerztliche Behandlung unterblieb diesmal und der Krankheitszustand verschlimmerte sich bedeutend; die Papeln wucherten stark, sie begannen zu nässen und ulcerös zu zerfallen, sie wurden äußerst übelriechend und so schmerzhaft, daß der Patient jede Bewegung vermeiden mußte. Patient suchte nun wiederum ärztliche Hilfe auf. Nach 28 täglichen subcutanen Quecksilberinjectionen und entsprechender localer Behandlung stellte sich rasch zunehmende Besserung ein. Leider entzog sich der Patient auch diesmal der Behandlung, bevor sie zum Abschluß gebracht wurde, und deshalb war die Besserung eine nur vorübergehende.

Gegenwärtig bietet der Patient folgende Erscheinungen dar: Die Haut

des Halses ist mit großen, teilweise confluirten, teilweise trockenen, teilweise nässenden, dunkel pigmentirten, syphilitischen Papeln bedeckt, namentlich an der hinteren Oberfläche des Halses, von der die Papeln auf das Hinterhaupt übergehen; gleiche Papeln befinden sich in den Hautfalten hinter den Ohrmuscheln. Beide Achselhöhlen sind mit Papeln ausgefüllt, welche derart confluirt sind, daß sie eine einzige Geschwulst bilden; die Oberfläche der letzteren erinnert an die einer Himbeere, ist feucht, stellenweise mit grauem und graugelben Detritus bedeckt, stellenweise ulcerirt und mit eitrigem, äußerst übelriechenden Secret bedeckt. Auf der Haut des Rumpfes und der oberen Extremitäten befindet sich nur eine geringe Anzahl pigmentirter Flecke. In den beiden Leisten befinden sich ungeheure kernige und saftige Geschwülste, die von hier aus in Form von diffusen Streifen auf die Seitenteile des Hodensackes und auf die innere Oberfläche der Oberschenkel und dann weiter auf den Damm übergehen und den Anus umkreisen; hier sind die Papeln hart. Auf der Haut des Hodensackes und des Penis befinden sich einige einzelne Papeln; das innere Blatt des Präputiums ist mit Papeln dicht bedeckt. Einige nässende Papeln befinden sich auch auf den Seitenflächen der Zehen. Sämtliche Wucherungen sind so schmerzhaft, daß der Patient genötigt ist, in dauernder Rückenlage zu verharren.

Die Entstehung derartiger Wucherungen wird einerseits auf mechanische Reibung (Berührung von zwei gegenüberliegenden Hautoberflächen) und chemische (Schweiß, Harn, Schleim) zurückgeführt, andererseits auf Unsauberkeit. Nach M. ist die Ursache so gewaltiger Wucherungen auch im Organismus selbst, und zwar in einer gewissen Prädisposition desselben zu suchen. Lubowski.

Dr. Loktew: **Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Auges bei Syphilis hereditaria der Säuglinge.** (Vortrag in der Petersburger ophthalmologischen Gesellschaft. Wratsch 1899, No. 19.)

L. hat 12 Paar Augen von Kinderleichen untersucht, von denen zehn zweifellose syphilitische Veränderungen der inneren Organe darboten. Die Iris war in sämtlichen Fällen afficirt, die Gefäßhaut in acht, das Corpus ciliare in drei, die Netzhaut in zwei Fällen; die Hornhaut war dagegen in sämtlichen Fällen normal. Die vorgefundenen Veränderungen waren im Allgemeinen mit denjenigen in den inneren Organen identisch, und zwar betrafen sie hauptsächlich das Gefäßsystem und äußerten sich in Endo- und Perivasculitis, teilweise in hyaliner Degeneration der Gefäßwände; in manchen Fällen wurde rundzellige Infiltration des Basilargewebes der Augenconjunctiven gefunden. In einem Falle erinnerte die Infiltration an ein Gumma. Die klinische Untersuchung ergab zu Lebzeiten der Kinder, welche im Alter von sieben Tagen bis zu zehn Monaten und vier Tagen standen, nichts Abnormes. Li.

Eudlitz: **Syphilis héréditaire tardive probable.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 6. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 8. juin 1899.)

Bei einer 38jährigen Frau finden sich Gummen des linken Unterschenkels ohne sonstige Spuren erworbener Syphilis. Dagegen lassen rhachitische Veränderungen der Knochen, schlechte Zähne, Ichthyosis, Sclerose der Paukenhöhle und Reste einer Chorioretinitis an eine hereditäre Syphilis denken. Dafür spricht auch, daß die Mutter 17mal geboren hat, Patientin aber das einzige überlebende Kind ist. Dreyer (Köln).

Dr. Nonne: **Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem 12jährigen Kinde.** (Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Band II, Heft 2.)

Der Fall betrifft einen 12jährigen Knaben. Seine Mutter gab an, daß er vor ca. drei Monaten angefangen habe, schwerfällig im Denken zu werden, daß er in der Schule nicht mehr habe begreifen und aufmerken können, so daß er vom Lehrer wegen „Zerstreutheit“ und „Trägheit“ oft gestraft worden sei. In den nächsten Wochen habe jedoch sein Unvermögen, zu begreifen und sich zu concentriren, so offensichtlich zugenommen, daß das Krankhafte der Veränderung klar geworden sei. Seit vier Wochen sei der Knabe auch gleichgiltig geworden und könne nicht mehr spielen. Die Klavierlehrerin habe vor zwei Monaten, zugleich mit den oben erwähnten Intelligenzdefecten, auch einen Tremor in den oberen Extremitäten bemerkt; dieser Tremor sei jetzt bei jeder Hantirung vorhanden und erschwere dem Knaben jedes Thun außerordentlich. Das Schreiben sei nur noch mit großer Anstrengung möglich; auch die Sprache sei rapide schlechter, schwieriger, unverständlicher geworden; der Schlaf sei gut, der Appetit „auffallend gut“, Stuhlgang normal. Das Kind sei nicht erregt und nicht deprimirt gewesen, über Hallucinationen wußte die Mutter keine Angaben zu machen. Die Mutter wußte keine Ursache für diese schweren nervösen Erscheinunugen bei ihrem Knaben anzugeben, irgend welches Trauma stellte sie bestimmt in Abrede. Das Kind war zwei Monate zu früh geboren, war zunächst schwächlich gewesen, hatte sich dann körperlich und geistig normal entwickelt: in der Schule hatte der Knabe zwar schwer gelernt, war aber doch mit den gleichaltrigen Genossen in derselben Klasse geblieben. Irgend welche schwereren Krankheiten hatte das Kind in seinem Leben noch nicht durchgemacht. Durch Befragen der Mutter konnte mit absoluter Sicherheit festgestellt werden, daß sie ein Jahr vor ihrer Verheiratung syphilitisch erkrankt gewesen war. Die Beobachtung des Kindes im Krankenhause bestätigte durchaus die Diagnose „Dementia paralytica“, und glaubte Verf., die letztere als solche hereditär-syphilitischen Ursprungs deuten zu können. Lohnstein.

Dr. Oscar Werler: **Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel.** (Karger, Berlin 1899.)

Verf., der schon mehrfach auf dem Gebiet der neu aufgekommenen Silbertherapie litterarisch hervortrat, berichtet in der vorliegenden, Credé gewidmeten Monographie über seine klinisch-therapeutischen Untersuchungen über die Wirkung einiger von ihm selbst zusammengesetzten Präparate des löslichen metallischen Quecksilbers (Hydrargyrum colloidale). Diese Präparate sind:

1. Unguentum Hydrargyri colloidalis.

Dasselbe wird unter der kurzen Bezeichnung Mercurcolloid in den Apotheken geführt, enthält 10 pCt. wasserlösliches metallisches Quecksilber und hat folgende Zusammensetzung:

Rec.	Hydrargyri colloidalis . . .		10,0
	Aqu. destillat.		10,0
	Adipis suilli	80,0	75,0
	Cerae albae	20,0	
	Aetheris sulfurici		1,5
	Aetheris benzoati		3,5

M. f. Unguentum.

Die Eigenschaften der Mercurcolloidsalbe sind für eine wirkliche Einreibungsmethode zur Behandlung von Syphilitikern insofern sehr günstige, als dieselbe eine feine gleichmäßige, schmiegsame Beschaffenheit zeigt, eine weiche Salbenconsistenz besitzt und einen angenehmen aromatischen Geruch hat. Daß sich das Quecksilbercolloid in der lege artis bereiteten Salbe in allerfeinster Form, in minimalsten Partikelchen gleichmäßig verteilt vorfindet, kann man sowohl durch mikroskopische Untersuchung, als auch bei der Betrachtung mit unbewaffnetem Auge ohne Mühe erkennen. Die Aufbewahrung hat am besten an einem kühlen Ort, vor Licht geschützt, in dunklen Gefäßen zu geschehen.

Bezüglich der Darreichung hat Verf., weil das Präparat durch Luft und Licht einer Veränderung unterworfen ist, als zweckmäßigste Dispensationsform die Abgabe in Capsulis gelatinosis zu 2 g Dos. No. X (Preis 1,50 Mark) für Privatpatienten, oder in brauner Glasröhre mit Maßeinteilung von 20 g Inhalt (Preis 1 Mark) vorzüglich für die poliklinischen Kranken und die Kassenpraxis geeignet gefunden.

Was die Anwendung der Salbe im Allgemeinen anlangt, so hat man zu unterscheiden einmal die örtliche, resorptionsbefördernde Application und weiter die auf eine vollständige Entgiftung des vom Syphilusvirus befallenen Organismus hinzielende antisyphilitische Allgemeinbehandlung. Durch die Localbehandlung mit Mercurcolloid werden Anschwellungen der drüsigen Organe, vor Allem dolente und indolente Bubonen, ferner Entzündungen des Nebenhodens, sowie Periostitis nach Verf.'s Erfahrungen auffallend rasch und günstig beeinflußt, so daß sich Versuche auch bei anderen in das Gebiet der Chirurgie fallenden Affectionen verlohnen dürften. In mehreren ge-

legentlich beobachteten Fällen von Tendovaginitis crepitans wirkte das Mittel geradezu überraschend. Im Ganzen hat Verf. die topische Anwendung in acht Fällen vornehmen lassen, und zwar stets mit zufriedenstellendem Erfolg. Erwähnenswert ist die Thatsache, daß die Einreibungen der Salbe bei Epididymitis trotz der starken Empfindlichkeit der Hodenhaut unter Beobachtung der nötigen Vorsichtsmaßregeln sehr gut vertragen wurden im Gegensatz zu der wegen der oft heftigen Scrotalekzeme gefürchteten grauen Salbe. Ihre vorzüglichste Nutzanwendung findet Mercurcolloidsalbe aber zur Einleitung der allgemeinen Inunctionskur. Die Technik der Mercurcolloideinreibungen gestaltet sich sehr einfach und viel bequemer, als die der officinellen Unguentum hydrargyri cinereum, so daß dieselben nach vorausgegangener ärztlicher Instruction von jedem Patienten an sich selbst richtig ausgeführt werden können. Wo Zeit und Mittel es gestatten, kann sich der Kranke auch mit Vorteil eines Masseurs bedienen. Verf. läßt der Regel nach sechs Einreibungen in der Woche vornehmen und verordnet am siebenten Tage ein Bad. Die sechs Einreibungen werden der Reihe nach an der rechten Rumpfhälfte, der linken Rumpfhälfte, dem rechten Bein, dem rechten Arm und dem linken Arm möglichst mit Schonung der stärker behaarten Hautstellen ausgeführt. Die Zeitdauer der einzelnen Einreibungen beträgt im Durchschnitt $8^1/_2$ Minute. Die Aufnahme der Mercurcolloidsalbe durch die Haut erfolgte ohne nennenswerte Kraftanstrengung oder Ermüdung der Patienten und galt als beendigt, wenn die Haut ihre normale Farbe wieder erlangt hatte und beim Abwischen mit einem Handtuch keine schwarzen Spuren mehr hinterließ. Bei den meisten Patienten trat auf der mit Salbe eingeriebenen Hautregion in Folge der durch die Haut vorgenommenen kräftigen Frictionen eine sichtliche Turgescenz und zugleich eine entschiedene Rötung ein; locale Erscheinungen, welche nach dem Aufhören der Massageprocedur bald verschwanden, so daß die Hautfläche nach der stattgefundenen Resorption der Salbe wieder ihre gewöhnliche Farbe annahm und allein an den Haarfollikeln kleine dunkele Pünktchen mit der Lupe wahrnehmen ließ. In Folge der gründlichen und nahezu totalen percutanen Aufnahme des Mercurcolloids sind die Rückstände von Salbenteilen ganz minimal, weshalb diese Methode durch eine große Sauberkeit und kaum erkennbare Beschmutzung der Wäsche ausgezeichnet ist.

Die Menge der einzureibenden Salbe für eine einmalige Inunction hängt erstens von der individuellen Körperconstitution, sodann aber von der größeren oder geringeren Intensität der Erkrankung ab. Als anfängliches Durchschnittsquantum hat Verf. für Erwachsene die tägliche Dosis von 2 g Mercurcolloid ausreichend gefunden und bei den meisten Kranken bis zur Beendigung der Kur nicht zu überschreiten nötig gehabt; in schwereren Fällen kann und muß man zu täglichen Ordinationen von 3—4 g und mehr pro Einreibung übergehen, natürlich unter strengster Verfolgung des Krankheitsverlaufes Bei sehr schwächlichen anämischen Patienten, besonders bei solchen mit Quecksilberidiosyncrasie hat Verf. sich auf die geringe Gabe von 1 g Salbe täglich, ja sogar jeden zweiten Tag beschränkt und auf diese

Weise eine reguläre Schmierkur auch unter den günstigsten Verhältnissen durchführen können.

Was die therapeutische Leistungsfähigkeit einer mit Mercurcolloid durchgeführten Inunctionskur betrifft, so beweisen die Beobachtungen des Verfassers, daß das lösliche Quecksilber eine unbestreitbare Heilkraft gegenüber den verschiedensten Manifestationen syphilitischer Erkrankung besitzt, und daß diese Energie des Mittels in seiner Eigenschaft als Antisyphiliticum mit einer gewissen Milde und Annehmlichkeit der Wirkung verbunden ist, wodurch dasselbe in subjectiver Hinsicht dem Kranken viel sympathischer erscheint. Nebenwirkungen besitzt das 10proc. Unguentum hydrargyri colloidalis fast keine.

2. Collemplastrum Hydrargyri colloidalis s. Collemplastrum Mercurcolloid.

Dasselbe ist ein 15proc. Mercurcolloid enthaltendes Kautschukpflaster, auf dichte, weiße Leinwand gestrichen, von ausgezeichneter Klebkraft und schwarzgrauer Farbe. Die Indicationen für das Mercurcolloidkautschukpflaster werden gebildet durch örtliche Affectionen, vor Allem luetische Ulcerationen der Haut, ferner Lymphadenitis verschiedener Provenienz, sowie Periostitis. Das Pflaster wird im Ganzen von der Epidermis gut vertragen, doch empfiehlt sich stets eine dauernde ärztliche Controle der damit bedeckten Hautpartie.

3. Pilulae Hydrargyri colloidalis.

Dieselbe hat Verf. in sechs Krankheitsfällen in Anwendung gezogen, und zwar mit recht zufriedenstellendem Erfolg. Die Vorschrift lautet:

Rec. Mercurcolloid 3,0—6,0
Argillae albae q. s.
ut. f. Pilul. No. XXX
Consp. Talco pulverato.
D. S. Dreimal täglich 1—2 Pillen nach der Mahlzeit.

Die Eigenschaften dieser Mercurcolloidpillen, welche lediglich aus der Salbe und Argilla alba zusammengesetzt sind, machen dieselben ganz besonders für die innerliche antisyphilitische Medication befähigt, da sie längere Zeit ihre weiche Beschaffenheit behalten und, falls sie lege artis bereitet sind, binnen wenigen Minuten in Wasser zerfallen. Der Arzt erhält hierdurch die Gewißheit, daß das Medicament bereits ganz im Magen gelöst und resorbirt werden kann, wodurch die Möglichkeit, daß es im Darm zu wirkungslosem Schwefelquecksilber umgewandelt wird, mehr und mehr ausgeschlossen erscheint. Gleichzeitig dürfte die Benutzung der Salbe für die Pillenbereitung noch den Vorteil haben, daß durch die umhüllenden Fettkügelchen eine etwaige allzu schnelle und energische nachteilige Action der Säure des Magens auf das sehr empfindliche lösliche Quecksilbermetall verhütet wird.

4. Solutio Hydrargyri colloidalis 1—2 pCt.

Dieselbe hat Verf. nur zu Pinselungen luetischer Schleimhautaffectionen therapeutisch benutzt, und zwar mit entschiedenem Erfolg.

5. Hydrargyrum colloidale pulveratum.

Dieses Präparat hat Verf. mehrfach in reinem Zustande zum Bestreuen von ausgedehnten breiten Condylomen der Genitalien und der Analregion vorzugsweise bei weiblichen Kranken verwandt, und zwar mit augenfälligem Nutzen. Das in braunem Glase aufbewahrte colloidale Quecksilberpulver erweist sich als ziemlich durabel und reicht in dünnster Schicht zur Bestäubung der Wucherungen aus, welche nach erfolgter Application des Mittels wie mit chinesischer Tusche gefärbt erscheinen.

Die Gesamtzahl aller vom Verf. mit Arzneipräparaten des Hydrargyrum colloidale behandelten Patienten beträgt 108, wobei in 82 Fällen eine specifische Allgemeinbehandlung durch die Schmierkur mit seiner 10proc. Quecksilbercolloidsalbe, in 8 Fällen die locale Application derselben, in 6 Fällen die Pillenform und in 12 Fällen das Mercurcolloidkautschukpflaster ordinirt wurde. Unter den 82 mit Mercurcolloideinreibungen behandelten Kranken, von welchen 62 Männer und 20 Frauen waren, betrafen 31 Fälle frische syphilitische Infectionen, 45 Fälle Recidive des secundären Stadiums, sowie latente Syphilis, 6 Fälle Spätformen tertiär-syphilitischen Characters.

Die Ergebnisse seiner gesamten klinisch-therapeutischen Versuche faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Durch die Entdeckung des löslichen metallischen Quecksilbers ist unser Arzneischatz um ein practisch erprobtes, brauchbares Antisyphiliticum vermehrt worden, welches vermöge besonderer Vorzüge, nämlich auffallender Milde, ausgesprochener Ungiftigkeit, dabei aber schneller und intensiver Wirkungsweise befähigt erscheint, sich einen dauernden Platz unter den officinellen Quecksilbermitteln zu sichern.

2. Das lösliche metallische Quecksilber ist ein bewährtes Specificum für die Heilung sämtlicher durch das Syphilisvirus erzeugter pathologischer Zustände, sowohl frischer Infectionen, als auch secundärer und tertiärer Erkrankungsformen, welche insgesamt als casuistisch bewiesene Indicationen für seinen therapeutischen Gebrauch zu betrachten sind.

3. Die zweckmäßigste und zuverlässigste Anwendungsform bildet die 10proc. colloidale Quecksilbersalbe, welche einerseits wegen ihrer bemerkenswerten Reizlosigkeit für die Haut und die Mundhöhle, andererseits wegen ihres leichten und schnellen Resorptionsvermögens, sowie wegen der unbestreitbaren therapeutischen Erfolge zur Inunctionsbehandlung hervorragend geeignet ist und mit Rücksicht auf den wohlfeilen Preis selbst bei unbemittelten poliklinischen Kranken, sowie in der Kassenpraxis vom Arzt mit Vorteil verschrieben werden kann. Lohnstein.

Dr. Korbel (Prag): **Behandlung der Syphilis mit 5proc. Sublimatlösung nach Lukasiewicz.** (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 30—31.)

Auf der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis Janowsky's in Prag wurden seit April d. J. im Ganzen 102 Kranke (82 Frauen und 20 Männer) mit 5proc. Sublimatlösungen nach Lukasiewicz behandelt. Die Kranken,

hauptsächlich Prostituirte, bekamen im Ganzen nur 275 Injectionen, weil viele Kranke nach Besserung der Krankheit frühzeitig auf ihre Entlassung drangen. Das entzündliche Infiltrat um die Einstichstelle herum trat im Ganzen in 11,5 pCt. (30mal) auf. Von diesen waren acht ziemlich bedeutend, erreichten Gänseeigröße, waren hart, die Haut war gerötet, an der Einstichstelle dunkelrot bis livid, heiß, nicht verschiebbar, bei Berührung ziemlich schmerzhaft. Niemals aber machten die Infiltrate so bedrohliche Erscheinungen, daß man die Injection hätte aussetzen müssen. Gewöhnlich war eine besondere Behandlung nicht nötig; es genügte eine Schonung der Umgebung des Stiches und Umschläge mit Burow'scher Lösung (mehr Solatii causa), um sie zum Schwinden zu bringen.

Die Resorption der Infiltrate ging oft rasch vor sich: in 4—8 Tagen verschwanden sie spurlos. Ueberhaupt konnte man beobachten, daß, falls beim Herausziehen der Nadel auch nur einige Tropfen der Lösung aus dem Stichcanal herausgesickert waren, gewöhnlich ein oberflächliches Infiltrat die Folge war. Manche Individuen reagirten überhaupt leicht mit Infiltraten, so daß fast jede Injection bei ihnen trotz aller Vorsicht von solchen gefolgt war. Häufig waren dies Personen mit starkem Panniculus. Die Schmerzhaftigkeit ging nicht immer parallel mit der Größe der Infiltrate. Beim Injectionsact selbst gaben die Kranken nur selten Schmerzen an. Dagegen traten solche einige Minuten nach der Injection circa in zwei Drittel der Fälle auf, welche verschieden lang, $^1/_4$ Stunde bis mehrere Tage, dauerten. Diese spontane Schmerzhaftigkeit, durch die ätzende Eigenschaft des Sublimates bewirkt, war manchmal so bedeutend, daß die Kranken die Nacht nach der Injection schlaflos waren. Allgemeinerscheinungen, wie solche nach Injection von Hg-Präparaten angegeben wurden, werden nur spärlich beobachtet.

Die behandelten Fälle befanden sich bis auf zwei in der Frühperiode der Syphilis; es handelte sich 50mal um primäre Erkrankungen, 52mal um Recidive.

Was nun die therapeutische Wirkung der 5proc. Sublimatlösung betrifft, so hat sich dieselbe in der Krankenpraxis gerade so bewährt, wie die sonst an der genannten Klinik gebräuchlichen Injectionen mit Hydrargyrum salicylicum, sozojodolicum, thymoloaceticum, resorcinoaceticum und Calomel. Hinsichtlich seiner localen Reaction steht das 5proc. Sublimat hinter den genannten Präparaten, indem es ziemlich große Schmerzhaftigkeit und oft genug Infiltrate bewirkt. In Folge dessen dürften die 5proc. Sublimatinjectionen für die Krankenhauspraxis, nicht aber für die ambulatorische Praxis angebracht sein. Lohnstein.

Dr. Klingmüller (Breslau): **Jodipin in subcutaner Anwendung bei tertiärer Lues.** (Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 25.)

Das von H. Winternitz dargestellte Jodipin ist eine organische Verbindung des Jods mit Sesamöl, in der sich jenes an die Fettsäuren des Oels additionell angelagert hat. Als flüssiges Jodfett wird es vom Körper resorbirt

und teils als solches, wie alle anderen Fette in den Muskeln, der Leber, dem Knochenmark, dem Unterhautzellgewebe abgelagert, teils gespalten, wie aus den Tierversuchen von Winternitz hervorgeht. Die Hauptmenge des Jods verläßt den Körper als Jodalkali; jodsaure Salze hat er nie nachweisen können. Ein wechselnder Anteil des Jods erscheint in organischer Bindung. Auf Anregung Neisser's hat Verf. das Jodipin bei tertiärer Syphilis therapeutisch angewandt, nachdem er sich durch Vorversuche an Tieren überzeugt hatte, daß das Mittel bei subcutaner Verwendung selbst in großen Dosen vollkommen ungiftig ist. Die Versuche wurden zuerst mit dem 10proc. und dann mit dem 25proc. Jodipinpräparat von Merck angestellt. Die gesamten Beobachtungen des Verfassers erstrecken sich auf 36 Patienten und umfassen 400—500 Einspritzungen. Auf Grund dieser Beobachtungen empfiehlt Verf. das Jodipin zur Behandlung der tertiären Syphilis, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Das Jodipin hat eine specifische Jodwirkung auf tertiäre Lues.

2. Der Organismus bleibt länger unter Jodwirkung als bei den bisher gebrauchten Jodpräparaten.

Besonders bietet die vom Verf. gewählte subcutane Einverleibung noch folgende Vorteile:

3. Dem Organismus geht von der eingenommenen Menge Jod nichts verloren.

4. Der Organismus verarbeitet die eingeführte Jodmenge langsam und gleichmäßig.

5. Der Jodismus mit seinen üblen Nebenwirkungen fällt weg. Die auch von Frese bei Darreichung per os beobachteten Darmstörungen werden vermieden, wie der von einzelnen Patienten als unangenehm empfundene Oelgeschmack.

6. Es ist eine absolut genaue Dosirung möglich.

7. Die subcutane Darreichung von Jodipin gestattet eine gute Jodbehandlung bei Patienten, die aus irgend einem Grunde Jod nicht nehmen wollen oder können (Geisteskranke, Operirte, Bewußtlose u. A.).

8. Man kann den Körper Wochen, ja Monate lang unter Jodwirkung stellen durch eine in wenigen Tagen zu Ende geführte Injectionskur.

Lohnstein.

Bandler: **Zur Kenntnis der elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äusseren Genitale und des Rectums bei Prostituirten.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 3.)

Die Kenntnis dieser Veränderungen hat besonders vom sanitätspolizeilichen Standpunkt aus Bedeutung. Dieselben spielen sich ab 1. an der Urethra, welche oft knopfförmig aus dem Orificium hervorragt, 2. an der hinteren Commissur, welche ein Lieblingssitz der ulcerativ chronischen Veränderungen ist. Die hier sitzenden Ulcera trotzen jeder einfachen localen Behandlung, gehen erst auf eine energische antiluetische Behandlung langsam

zurück und brauchen oft Monate zur Heilung. 3. Am Anus. Von großer Wichtigkeit ist hier zur Stellung der Diagnose die digitale Exploration, welche niemals unterlassen werden sollte. 4. Am äußeren Genitale. Hauptsächlich verändern sich die großen Labien. Ferner nehmen die Clitoris mit ihrem Präputium und die kleinen Labien, öfters auch die Scheide selbst an der Sclerosirung Teil.

Entgegen der Ansicht Koch's, nach welcher diese pathologischen Veränderungen nicht specifischer Natur sind, sondern durch Traumen, Entzündungen, Störungen der Lymphcirculation bedingt werden, behauptet B., daß das hauptsächlichste Moment die acquirirte Lues ist. Dafür spricht auch der Umstand, daß dieselben auch bei nicht prostituirten Frauen vorkommen, die solcher Schädlichkeit, außer daß sie Lues acquirirten, nicht ausgesetzt waren.

Für die syphilitische Natur dieser ulcerativ elephantiastischen Veränderungen sprechen folgende Momente:

1. Neben den elephantiastisch ulcerativen Veränderungen am Genitale finden sich fast stets floride oder abgelaufene syphilitische Processe, zu deren Folgen wir auch die Rectalstricturen rechnen;

2. können wir vielfach die Erkrankung vom Primäraffect bis zur Entstehung der Affection beobachten;

3. finden sich Fälle, bei denen wir keine Mitbeteiligung der Lymphdrüsen antreffen;

4. hat die antiluetische Behandlung einen entschieden günstigen Einfluß auf den Proceß.

Indes bildet die Syphilis nur die primäre Ursache dieser Veränderungen, zu deren Entfaltung die schlechten Circulationsverhältnisse der Lymphbahnen, Traumen und Reize in hohem Grade beisteuern; insbesondere gilt dieses von der Rectumstrictur, die bei der Ausbildung der Elephantiasis vulvae eine große Rolle spielt. In diesem Sinne sprechen auch die Gynäkologen, wie Schroeder, West, Landau, sich aus.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

IV. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Prof. Posner: **Ein Fall von „Plaque indurée" am Penis.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 24.)

Das Vorkommen schwielenartiger Verdickungen auf dem Rücken des Penis ist an sich keine besonders seltene Erscheinung. Bald sind sie die Folge gonorrhoischer Entzündung der Lymphgefäße und der Corpora cavernosa, bald eine Narbe nach irgend einer Verletzung, bald die Folge einer

syphilitischen Infection. Manche dieser Neubildungen scheinen nichts anderes zu sein als Gichtknoten. Aber auch nach Abzug dieser Ursachen bleibt noch eine Gruppe von Fällen übrig, welche zwar äußerst selten auftreten, aber einen so typischen Verlauf zeigen, daß hieraus ein eigenes Krankheitsbild unter der Bezeichnung „Plaque indurée“ gemacht wurde.

Typisch ist vor Allem das allmähliche Auftreten der Verdickung an einer ganz bestimmten Stelle, der Radix penis, und zwar meist bei gesunden, doch schon älteren Männern. Weder im Anfang, noch im weiteren Verlauf bestehen irgend welche Schmerzen, wohl aber Beeinträchtigung der Erection bis zur vollständigen Aufhebung der Copulationsfähigkeit. Die medicamentöse Behandlung ist absolut machtlos, und lediglich eine chirurgische Behandlung könnte in Betracht kommen.

Bezüglich der Substanz der „Plaque indurée“ hat Verf. in einem Falle eigener Beobachtung durch Gefühl und Röntgenstrahlung feststellen können, daß das Gebilde wenigstens zum Teil aus Knorpel bestand, und so glaubt er, die in Rede stehende Krankheitsform mit dem bei vielen Wirbeltieren vorkommenden und auch einmal beim Menschen angetroffenen (Präparat der pathologischen Sammlung in Wien) Penisknochen in wenn auch entfernten Zusammenhang bringen zu können. Lohnstein.

Dr. Poppe: **Ueber einen forensischen Fall von Cornua cutanea penis.** (Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 26.)

Der jetzt 54jährige Mann acquirirte vor neun Jahren im Anschluß an eine entzündliche Affection der Vorhaut eine Phimose, welche durch Spaltung beseitigt wurde. Die Discisionsstelle der Vorhaut verheilte auf der linken Seite gut, rechts dagegen verzögerte sich die Heilung, so daß Höllensteinätzungen neun Wochen lang applicirt wurden. An dieser Stelle nun entwickelte sich allmählich das Leiden. Es fanden sich nämlich auf der rechten, geröteten und geschwollenen Hälfte der Vorhaut, die Grenzgegend zwischen innerem und äußerem Vorhautblatt einnehmend, aber stark auf das innere Blatt übergreifend drei Cornua cutanea auf horniger Basis. Die Größe der letzteren betrug 3 cm in der Länge bei 1,7 cm in der Breite, die Höhe der hornigen Grundfläche fast 1 cm. Die Länge der drei Excrescenzen betrug 2—3 cm; ihre Dicke entsprach ungefähr der eines Rabenfederkiels; die Gestalt der Excrescenzen war rundlich, nach dem Ende zu etwas gekrümmt; die Oberfläche der gesamten hornigen Partie war höckerig, die Consistenz etwa der eines derben Fingernagels entsprechend, die Farbe bräunlich. Durch je einen auf dem äußeren und dem inneren Vorhautblatt angelegten Schnitt, die einander spitzwinkelig vorn und hinten trafen, wurde die Geschwulst unter Cocainanästhesie umschnitten und im Unterhautbindegewebe entfernt; die Wundränder wurden dann durch Knopfnähte vereinigt. Heilung erfolgte glatt per primam. Augenscheinlich sind also hier auf jener nach Phimosespaltung entstandenen Narbe diese Cornua cutanea entstanden, wohl begünstigt durch lange hingezogene Argentumapplicationen.

Der Fall hat nun forensisches Interesse dadurch bekommen, daß der

Träger ein Sittlichkeitsverbrechen beging und deswegen auf die Anklagebank kam. Mit Rücksicht darauf, daß dem Patienten dank der bestehenden Penisanomalie der regelrechte geschlechtliche Verkehr unmöglich war, wurden ihm bei Beurteilung seines Vergehens mildernde Umstände zugebilligt.

Lohnstein.

Johann Bleisch: **Casuistisches über das Carcinom des Penis.** (Inaug.-Diss., Greifswald 1897.)

Der von Bleisch besprochene Fall aus der Klinik des Prof. Helferich betrifft einen für Carcinom noch relativ jungen Mann von 38 Jahren, bei dem sich das Carcinom seit zwei Jahren entwickelt und sowohl Glans als Pars cavernosa ergriffen hatte. In Folge dadurch entstandener Strictura urethrae war das Uriniren fast zur Unmöglichkeit geworden. Es wurde die Amputation des Penis hoch oben an der Symphyse gemacht, die Harnröhre lospräparirt und ihre Mündung am Damm fixirt. Vollständige Heilung, noch nach einem Jahre controlirt. Patient kann mit Leichtigkeit uriniren, indem er den Scrotalsack in die Höhe hält.

Ed. Oppenheimer (Straßburg i. E.).

Hans Sprunk: **Ueber die vermeintlichen Tyson'schen Drüsen.** (Inaug.-Diss., Königsberg 1897.)

Sprunk hat zur Beantwortung der noch immer zweifelhaften Existenz der sog. Tyson'schen Drüsen an der Glans penis Untersuchungen am Lebenden und an Schnittpräparaten gemacht. An 300 daraufhin untersuchten Männern von 18—25 Jahren hat er drüsige Gebilde nicht entdecken können, ebensowenig ist es ihm gelungen, an einer Reihe von mikroskopisch untersuchten männlichen Gliedern Spuren von Drüsen nachzuweisen, so daß er sich derjenigen Gruppe von Autoren anschließt, welche die Existenz dieser Drüsen absolut negirt. Ed. Oppenheimer (Straßburg i. E.).

Dr. Heinrich Stein (Wien): **Ein Fall schweren complicirten Erysipels nach ritueller Circumcision.** (Wiener klinische Rundschau 1899, No. 25.)

Verf. wurde zu einem 15 Tage alten Knaben gerufen, an dem eine Woche vorher die rituelle Circumcision von nicht ärztlicher Seite ausgeführt worden war. Die Nachbehandlung war gleichfalls von Laien geführt worden. Das Kind hatte hohes Fieber (39,6°) und eine Schwellung und Rötung der Haut des Penis und insbesondere des die Glans penis vollkommen einhüllenden, in einen roten, dicken, starren Wulst umgewandelten Präputiums. Die Urethralmündung war völlig unsichtbar, der Urin wurde nicht im Strahl entleert, sondern rann in schlaffer Weise in kleinen Portionen aus dem Präputialsack ab. In mäßigem Grade erstreckte sich die Rötung und Schwellung der Haut auf die unterste Bauchregion, in viel intensiverer Weise war jedoch die Scrotalhaut, die Haut des Perineums und beider Oberschenkel ergriffen. Die erkrankte Haut grenzte sich durch den characte-

ristischen Rand des Erysipels von der gesunden Haut ab. Einen ganzen Monat zeichnete sich der Krankheitsverlauf durch fortwährendes Auftreten von Eiterherden an den verschiedensten Körperstellen aus, die durch ihr rasches Aufschießen und rapide Entwicklung frappirten, so daß Verf. besonders in der ersten Krankheitswoche täglich 1—2 Absceßspaltungen vornehmen mußte. Diese Eiterherde reichten mitunter an die Gelenke oder unter die Muskelschichten des Bauches hinein. Nach einmonatligem Bestande hörten die Absceßbildungen auf. Der Körper des Kindes war damals übersäet mit Narben und Schnitten; sie verheilten nun, und das Kind blieb am Leben.

Es war also in diesem Falle acht Tage nach der durch einen Nichtarzt vorgenommenen rituellen Circumcision am verletzten Präputium ein Erysipel entstanden, welches das betreffende Kind durch die schweren dabei sich entwickelnden Complicationen beinahe getötet hätte. Das Präputium war bei der vorgenommenen rituellen Operation überhaupt nur lädirt und nicht abgetragen worden; es blieb, in seiner ganzen Länge die Glans penis bedeckend, erhalten.

Es ist zweifelsohne eine Pflicht der Sanitätsbehörden, zu verhüten, daß Kinder solchen Gefahren, die bei der Ausführung der rituellen Circumcision durch Laienhände bestehen, ferner ausgesetzt werden, um so mehr, als einige Aerzte in Wien sich der Ausführung solcher Operationen ausschließlich widmen. Li.

Dr. Hugo (London): **Harnröhrenstrictur bei einem 11jährigen Knaben.** (British Medical Journal, 15. Juli 1899.)

Der Vater des 11jährigen, an Harnretention erkrankten Knaben erzählt Folgendes: Vor zwei Jahren sei der Knabe von einem Baum gefallen und habe sich dabei den Arm gebrochen, aber angeblich keine Verletzung im Gebiet des Harnapparates davon getragen. Nach zwei Monaten fing der Knabe an, über Schmerzen im Darm zu klagen und über Erschwerung des Harnlassens; bald darauf bemerkte man, daß der Harn aus einer im Damme entstandenen Oeffnung herauskommt. Die Fistel blieb etwas über ein Jahr bestehen und der Harn entleerte sich aus derselben in gewissen Zwischenpausen. Das Kind hatte beständig gewisse Schwierigkeiten beim Uriniren; im Lauf der letzten 24 Stunden vor der Aufnahme war kein Tropfen Urin abgegangen.

Status praesens: Schwacher, für sein Alter mangelhaft entwickelter Knabe. Oberhalb der Symphyse befindet sich eine pralle, fluctuirende Geschwulst, die bis an den Nabel reicht. Auf dem Damm befand sich eine schmale Narbe, welche die Oeffnung der geheilten Fistel andeutete. Bei der rectalen Untersuchung fand man innere und äußere Hämorrhoiden und fühlte die stark erweiterte Blase. Unter Chloroform gelang es nach mehreren Versuchen, einen Silberkatheter No. I in die Blase einzuführen und den Harn zu entfernen. Die Strictur befand sich in der Höhe des Bulbus. Der Katheter wurde für die Dauer von 24 Stunden in situ belassen. Am nächsten

Tage konnten Katheter 1—4 mit Leichtigkeit die Harnröhre passiren, und schließlich war die letztere auch für den Katheter No. 7 passirbar. Ein Stein war nicht vorhanden.

Besonders beachtenswert ist vor Allem die Jugend des Patienten und dann die ungewöhnliche Leichtigkeit, mit der die Strictur gehoben werden konnte. Lubowski.

Otto Bosse: **Ueber das primäre Carcinom der Urethra beim Manne und beim Weibe.** (Inaug.-Diss., Göttingen 1897.)

Ein 25jähriger Mann hatte sich sieben Jahre vor der Beobachtung eine Gonorrhoe zugezogen, die rasch abheilte, aber eine Strictur zurückließ, welche die Anwendung von elastischen Kathetern notwendig machte. Die Strictur wurde stärker, so daß die Urethrotomia externa schließlich notwendig wurde. Unter zunehmendem Oedem und Cystitis purulenta trat der Exitus ein, und die Section ergab ein Carcinom der Urethra, 7 cm lang, flach, höckerig, papillär. Daneben ausgedehnte Infiltration der inguinalen und retroperitonealen Drüsenketten, zum Teil mit Erweiterung derselben.

Der Fall von Carcinom der weiblichen Urethra betraf eine 57jährige Frau, bei welcher die Beschwerden erst $^1/_4$ Jahr bestanden. Das Carcinom saß am Orificium externum, war wallnußgroß, blumenkohlartig zerklüftet und wurde durch Operation mit gutem Erfolge entfernt.

Ed. Oppenheimer (Straßburg i. E.).

Dr. E. Ehrendorfer (Innsbruck): **Ueber Krebs der weiblichen Harnröhre.** (Archiv für Gynäkologie 1899, Bd. 58, Heft 3.)

Das Vorkommen des Krebses der weiblichen Harnröhre ist nach den bisherigen Beobachtungen ein seltenes. Mit Rücksicht auf die Unsicherheit der Einteilung derartiger Krebse, die bisher zumeist in primäre, urethrale und periurethrale geschieden wurden, empfiehlt es sich, sämtliche Krebse der weiblichen Harnröhre, die irgendwo im Verlauf derselben, also einschließlich ihrer äußeren Mündung, sich entwickelt haben, zu den primären Harnröhrenkrebsen zu rechnen, andererseits dieselben in eigentliche urethrale und in vulvourethrale Krebse einzuteilen. Die ersteren sind als echte Schleimhaut- bezw. Drüsenkrebse, die letzteren zumeist als Oberflächenkrebse (cancroide, Plattenepithelcarcinome) aufzufassen. Die Hautkrebse sind häufiger als die Drüsenkrebse.

Die vulvourethralen Krebse nehmen ihren Ursprung im Bereich der äußeren Harnröhrenmündung, umwuchern rasch die Harnröhrenschleimhaut, die sie auch bald mitergreifen. Sie zeigen keine solche hauptsächliche Ausbreitung im Vorhof, wie die übrigen Vulvacarcinome, welche von anderen Vorhofsgebilden ihren Ursprung nehmen und hierauf erst auf die Harnröhre übergreifen (secundäre Harnröhrenkrebse). In etwas vorgeschrittenen Fällen ist die Unterscheidung der einzelnen Formen erschwert oder unmöglich, und deshalb suche man möglichst Frühstadien dieser Krebse zur gründlichen Untersuchung zu bekommen.

Ueber das Verhalten der Lymphdrüsen je nach Verschiedenheit der Form des Harnröhrenkrebses ist nichts Sicheres bekannt. Ob geschwellte Drüsen krebsig entartet sind oder nicht, kann nur die mikroskopische Untersuchung zeigen. M. L.

V. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Hugo Tillmann: **Ueber die Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie mittelst Castration oder Resection der Ductus deferentes.** (Inaug.-Diss., Bonn 1897.)

Tillmann berichtet über zwei erfolgreiche, von Schede ausgeführte Castrationen wegen Prostatahypertrophie. In beiden Fällen hörten die seit Jahren bestehenden Mictionsbeschwerden auf, und die Prostatahypertrophie schwand vollständig. Einen ebenso guten Erfolg erzielte Rieder in einem dritten berichteten Falle durch Durchschneidung der Ductus deferentes. Nur trat hier eine vorübergehende psychische Störung ein.

Ed. Oppenheimer (Straßburg i. E.).

Dr. Menko (Amsterdam): **Beitrag zur Casuistik der Influenzacomplicationen. Grippöse Orchitis.** (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 24.)

Der 25jährige Patient erkrankte unter den bekannten Influenzasymptomen (Schüttelfröste, Schmerzen in allen Gliedern, Kopfschmerz, Apathie, Appetitlosigkeit, profuses Schwitzen, Obstipation und geringer Husten). Am folgenden Morgen bemerkte Patient, daß sein linker Hode angeschwollen und schmerzhaft sei. Aus der Anamnese wäre hervorzuheben, daß der Patient bis dato stets in jeder Beziehung vollkommen gesund gewesen ist. Die Untersuchung ergab außer den Influenzasymptomen folgende Veränderungen an den Geschlechsteilen: Hodensack gerötet und geschwollen, linker Hode und Nebenhode bis auf's Doppelte der normalen Größe verdickt und der Nebenhode von harter Consistenz. Die Diagnose lautete bezüglich des Genitalbefundes demnach auf acute Orchioepididymitis sinistra. Weil aber der Patient niemals zuvor geschlechtskrank gewesen und außerdem Trauma, Arthritis, Tuberculose etc. ausgeschlossen waren, jeder Ausfluß aus der Harnröhre fehlte und der Urin ganz normal war, da außerdem die Erkrankung des Genitales im Verlauf der Influenza sich gezeigt hatte, glaubte Verf., die von ihm beobachtete Complication als eine Folge der Influenzaerkrankung deuten zu können, wenn auch durch das Fehlen der bacteriologischen Untersuchung diese Auffassung nicht vollständig bewiesen werden konnte. Die Behandlung bestand in Bettruhe, im Tragen eines Suspensoriums, in innerlichen Gaben von Antifebrin und eines Laxans. Die Heilung der Hodenentzündung erforderte ca. sechs Wochen. Lohnstein.

Dr. Kratowski (Lemberg): **Ueber die Winkelmann'sche Methode der radicalen Behandlung der Hydrocele testis.** (Przeglad lekarki. Ref. nach Klin.-therap. Wochenschrift 1899, No. 25.)

Verf. hat an der Rydygier'schen Klinik acht Fälle von Hydrocele testis nach der Winkelmann'schen Methode behandelt und ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Die Operation wurde mittelst Schleich'scher Localanästhesie gemacht. M. L.

Dr. Leonhard Strohe (Bad Friedrichroda): **Ueber Hodenectopie.** (Gustav Fock, Leipzig 1899.)

Atavistisch findet man vielfach bei Menschen den Hoden nicht an seiner normalen Stelle im Hodensack. Er liegt in diesen Fällen an irgend einer Stelle seines normalen Weges oder sogar in falscher Richtung von diesem abgeirrt an fremder Stelle. Dann findet man auch das Scrotum leer und klein. Das Fehlen der Hoden in diesem nennt man Cryptorchismus. Trifft die genannte Hemmungsbildung nur eine Seite, enthält das Scrotum blos einen Hoden und ist daher asymmetrisch, so sprechen wir von Monorchismus. In ganz seltenen Fällen wird der Hodensack bei Gegenwart nur eines Hodens einfächerig und dann symmetrisch gefunden. Weil die Scrotumbildung unbeeinflußt von dem Hoden vor sich geht, findet man immer ein Scrotum oder dessen Rudimente. Die falsche Lage, die Ectopie des Hodens ist vielfach auch mit anderen Anomalien oder mit allgemeiner körperlicher Entartung verbunden. Aber auch bei sonst normal entwickelten Knaben findet sich die Retention eines oder beider Hoden ziemlich häufig.

Was die Ursache der so häufigen Hodenverlagerung betrifft, so findet man eine Reihe von Fällen, wo der Hoden durch schon während des uterinen Lebens entstandene Entzündungen und Verwachsungen mit Organen der Bauchhöhle am Tiefertreten verhindert wurde. Andererseits kann auch durch Mißverhältnisse zwischen abnormer Größe des herabsteigenden Organes und seiner Adnexe und zwischen auffallender Enge des Leistencanals und seiner Endöffnungen ein Herabsteigen des Hodens aus der Bauchhöhle unmöglich gemacht werden.

Der an falscher Stelle befindliche Hoden ist natürlich in Folge seiner exponirten Lage den mannigfachsten mechanischen Insulten ausgesetzt. Allein eine Ausnahme hiervon macht der Bauchhoden, der sehr geschützt liegt. Dies mag auch der Grund sein, daß man nicht häufiger als beim normal gelagerten Hoden von einer Erkrankung des Bauchhodens hört. Der in oder vor dem Leistencanal ectopirte Hoden ist jedem Stoß in die Gegend seiner Lage preisgegeben und wird wegen seiner nicht sehr nachgiebigen Umgebung resp. Unterlage von jeder Schädlichkeit viel schwerer getroffen, als der frei in einem nachgiebigen Hodensack aufgehängte Hoden. Beim Gehen und Laufen, beim Reiten und Radfahren, beim Schwimmen und Turnen, bei Coitus, bei jeder Ad- und Abduction, beim Beugen und Strecken des Oberschenkels wird der Hoden Frictionen und Tractionen ausgesetzt.

Noch gesteigert werden diese Läsionen durch zu enge oder schlecht sitzende Kleidungsstücke. Bei Hodenectopie bleibt der Processus vaginalis sehr häufig offen. In diesem Falle kann eine Entzündung des Hodens durch absickerndes Secret leicht auf das Peritoneum übergreifen. Andererseits kann die Höhle des Scheidenfortsatzes auch in sich geschlossen sein, sei es, daß der normale Verschluß durch Obliteration eingetreten, sei es, daß durch die häufigen Läsionen des verlagerten Hodens und seiner Adnexe sich fibröse Stränge und Verwachsungen in dem Cavum des Processus vaginalis gebildet, die zu einem Abschluß geführt haben. Da dann im Falle einer Entzündung kein Abfluß vorhanden, so erfolgt Ansammlung des Secretes im Vaginalsack: es kommt zur Bildung einer Hydrocele. Diese kann in sehr heftigen Fällen innerhalb weniger Stunden große Tumoren setzen. Eine weitere eigenartige Complication der Hodenectopie ist die Torsion des Samenstranges. Für das Zustandekommen derartiger Lageveränderungen sind alle die Umstände von Wichtigkeit, die auch den Hoden in und aus dem Leistencanal gleiten lassen und mit forcirten Exspirationsstößen einhergehen, wie Niesen, Schnäuzen, Räuspern u. s. w. Durch die Torsion tritt Verschluß der ernährenden Gefäße ein. Die Circulationsstörungen führen dann leicht zu interstitiellen Hämorrhagien, Gangrän und Necrose, und wenn nicht schnell durch Exstirpation Hilfe geschaffen wird, zum Exitus.

Eine andere, viel häufigere Begleiterscheinung ist die Prädisposition für Hernien und deren Folgen. Vor Allem wird bei Leistenhoden das Entstehen von Hernien dadurch erleichtert, daß durch das Verweilen des Hoden im Leistencanal der letztere stets erweitert wird resp. weiter als in der Norm und passirbar bleibt und so dem Durchtritt eines Darm- oder Netzstückes ein geringes oder kein Hindernis entgegenstellt. Aber auch der aus dem Leistencanal herausgetretene ectopirte Hoden bedingt vielfach eine leichtere Passirbarkeit des Leistencanals, indem er, solange er nicht durch traumatische Adhäsionen fixirt ist, beim Wirken und Nachlassen der Bauchpresse in den Leistencanal hineinschlüpft und diesen so abnorm weit erhält. Die gewichtigste Ursache für die Bildung einer Hernie aber ist das Offenbleiben des Processus vaginalis bei ectopischem Hoden. Das Vorhandensein einer Leistenhernie ist natürlich für den Hodenectopisten eine böse Sache. Um den Bruch zurückzuhalten, müßte er ein Bruchband tragen; der ectopische Hoden läßt sich aber als nervenreiches Organ diesen Druck nicht gefallen. Dementsprechend findet man in der Praxis auch wenige Cryptorchisten, die bei bestehendem Bruch ein Bruchband tragen. Manche Autoren glauben auch, daß das Tragen von Bruchbandagen eine bösartige Entartung des Organes begünstige. Entsprechend dem seltenen Tragen einer Bandage zur Zurückhaltung der Hernie finden wir viele Fälle von Einklemmungen von Hernien bei ectopirtem Hoden, zum Teil mit, zum Teil ohne Miteinklemmung des letzteren. Diese Incarcerationen von Hernien und Hoden verlaufen meist schmerzhafter und foudroyanter als Incarcerationen eines einfachen Bruches.

Von allen Gefahren des nicht herabgestiegenen Hodens ist die gefürchtetste die leider sehr häufige bösartige Entartung desselben. Nach

Cohnheim erreichen nämlich die vorhandenen Wachstumskeime im Hoden in Folge der Verlagerung nicht ihre regelmäßige Entwicklung und neigen daher zu den erwähnten bösartigen Geschwulstbildungen. Leider ist es eine bekannte Thatsache, daß die Hodensarcome, ohne daß man bisher eine erklärende Ursache dafür hat entdecken können, äußerst maligne sind und trotz, wenn auch frühzeitig ausgeführter Exstirpation zu Metastasen und letalem Ausgang führen. Von anderen Neubildungen am ectopirten Hoden wäre noch die Tuberculose zu erwähnen. Diese ist jedoch überaus selten. Die tuberculöse Erkrankung des verlagerten Hodens und seine bösartige Entartung treten meist erst im höheren oder doch im gereifteren Alter ein. Aber auch in der Jugend und im Kindesalter ist die Hodenectopie, abgesehen von den schon besprochenen, mit mancherlei Complicationen verbunden. Finotti sieht die Ursache der Leistenhoden und der Degeneration in denselben gleichzeitig durch eine angeborene Entwicklungsstörung bedingt. Zu dieser Ansicht war Finotti auf Grund von Untersuchungen gekommen, die er an neun exstirpirten ectopischen Hoden machte. Er fand alle welk und schlaff und meist mit zerfasertem und bandförmigem Samenstrang. Die Hodencanälchen waren schlecht entwickelt und das Zwischenzellengewebe vermehrt. In diesen fanden sich die Henle'schen Zellen viel reichlicher als normal. Letztere Zellen, wahrscheinlich rudimentäre Gebilde aus der Embryonalzeit, vermehren sich bei Ausbleiben des physiologischen Reizes auf die specifischen Hodenelemente, während normale Entwicklung sie ganz in den Hintergrund treten läßt. Finotti sah dieselben mitunter in solcher Anzahl, daß sie den Eindruck einer wuchernden Masse machten und er sie daher für Grundelemente von Neubildungen halten möchte. Jedoch fand er auch Spermatogenese, die aber auf einer bestimmten niederen Stufe zum Stillstand gekommen war, sowie Degenerationsvorgänge in den Hodencanälchen und im Bindegewebe. Diese histologischen Veränderungen bedingen nach ihm die Unmöglichkeit einer Bildung von befruchtungsfähigen Samenfäden sowie Atrophie des verlagerten Organs. Ist aber auch manchmal die Function der Samenbildung bei der Ectopie aufgehoben, so ist der Hoden darum doch noch nicht nutzlos. Der Hoden besitzt nämlich unzweifelhaft noch eine andere Function, deren Thätigkeit man als eine innere Secretion bezeichnen kann und von deren Ablauf das Verhalten des Gesamtorganismus abhängig erscheint. Diese innere Secretion nun ist nach Finotti beim Leistenhoden und dem durch den Canal hindurchgetretenen ectopischen Hoden nicht gestört. Anders scheint es sich beim Bauchhoden zu verhalten; wenigstens läßt sich nur durch das Fehlen der inneren Hodensecretion die Beobachtung Besançon's betreffs des körperlichen Verhaltens der Bauchectopisten erklären. Nach ihm muß man nämlich unterscheiden zwischen Cryptorchisten, deren Hoden in oder durch den Leistencanal gewandert sind, und Monorchisten einerseits und Testiconden mit abdominaler Hodenectopie andererseits. Die letzteren haben, auch wenn ihr Sperma der Spermatozoen entbehrt, ein völlig männliches Aussehen und den dem männlichen Geschlechte zukommenden Geschlechtstrieb. Dahingegen findet man

bei Individuen mit Bauchhoden einen mehr weiblichen Typus, einen gracileren Bau, Fehlen der männlichen Behaarung etc. Kurz, sie verhalten sich nach Besançon im Allgemeinen wie Eunuchen. Weit größeren Einfluß soll die Verlagerung des Hodens auf die Psyche des Besitzers ausüben, als auf seinen Körperbau. Bei Weitem die große Majorität der Testiconden sind schwer nervöse Menschen. Wenn der noch bewegliche Hoden plötzlich durch irgend ein Moment seine Lage verändert, kann es auf dem Wege des Reflexes zu heftigen motorischen Reizerscheinungen kommen, an deren Zusammenhang mit der Hodenretention überhaupt nicht gedacht wird Diese Reizerscheinungen können sehr mannigfacher Art sein; bald treten sie unter dem Bilde circumscripter peripherer, bald mehr in Form diffuser, allgemeiner Krämpfe auf. Namentlich müssen hierher gewisse Fälle von Eclampsia infantum, peripherer Epilepsie, Hysteroepilepsie und Chorea gerechnet werden.

Behandlung. Der Bauchhoden bedarf keiner Behandlung, und deshalb wurde der Vorschlag gemacht, den Hoden samt seiner ihn begleitenden Hernie in die Bauchhöhle zurückzubringen und den Leistencanal durch ein Bruchband geschlossen zu halten resp. zum Verschluß zu bringen. Dies einfache Verfahren hat viel für sich, wenn der Hoden noch gut und frei beweglich ist; anderenfalls ist diese Art der Lageverbesserung unmöglich. Andererseits bestrebte man sich, den Hoden an seine normale Stelle zu bringen. Langenbeck empfiehlt bei jugendlichen Individuen, wo noch begründete Hoffnung, daß der Hoden in's Scrotum hinabtritt, diesen durch regelmäßig wiederholte Manipulationen nach dem Scrotum hinabzuschieben oder zu ziehen. Die Wirkung solcher Massage verstärkt man dann noch durch zweckentsprechende Bandagen. Dies einfache Verfahren der Bandagenbehandlung läßt sich aber nur bei jugendlichen Individuen anwenden, da in der Pubertätszeit der Hoden durch Adhäsionen in Folge abgelaufener Entzündungen schon relativ fixirt ist Auch hat die Massage- und Bandagenbehandlung einen großen Nachteil. Der verlagerte Hoden ist sehr leicht Traumen von seiten der Bandage ausgesetzt und auch die Massage wirkt irritirend auf ihn. Dieser beständige Druck der Pelotte, der Reiz der Massage kann nicht gleichgiltig bleiben und leistet einer carcinomatösen Entartung unter Umständen Vorschub. Nur ging man in früherer Zeit zu weit. Bei den geringsten Beschwerden schritt man, wenn der verlagerte Hoden nicht mehr beweglich war und sich die Verwachsungen durch Massage nicht lösten, zur Castration. Dabei kam es natürlich vor, daß normale und event. functionsfähige Hoden entfernt wurden. Daß man in früherer Zeit ein so wichtiges Organ nicht zu reponiren und damit zu erhalten suchte, hatte seinen Hauptgrund darin, daß man es wegen seiner abnormen Lage eo ipso für functionsunfähig und daher für belanglos hielt. Andererseits war die Operation einer Rechtlagerung weit schwieriger als die Castration, und zog sich auch der durch Operation an normale Stelle gebrachte Hoden in Folge der Unzulänglichkeit der damaligen Methoden meist wieder an seine fehlerhafte Stelle zurück. Dann war aber auch bei den unvollkommenen Rechtlagerungsversuchen der zurückgebrachte Hoden Gefahren, wie Infection oder

Gangränescirung, ausgesetzt, die nachträglich doch seine Entfernung nötig machten. Vor Allem hielt man aber eine vermeintliche Kürze des Samenstranges für eine Contraindication der Orchidopexie. Alle diese Erwägungen verlieren ihren Boden durch das von Schüller angegebene Operationsverfahren. Nach Schnitt durch Haut, Fascie und Bindegewebe über der äußeren Leistencanalöffnung bis in die leere Scrotalhälfte eröffnet er die musculösen und fibrösen Hüllen, sowie die Tunica vaginalis des Samenstranges in der Längsrichtung. Nach erfolgter Isolirung und Mobilisirung des Samenstranges unter ängstlicher Schonung der Gefäße und Nerven desselben durchtrennt er in horizontaler Linie die Tunica vaginalis, sowie die musculösen und fibrösen Hüllen des Samenstranges und löst dieselben eine Strecke weit ab. Jetzt läßt sich der Hoden und Samenstrang ohne starke Spannung und ohne jegliche Schwierigkeit so weit wie nötig nach abwärts ziehen. Darauf wird der Hoden mit möglichst breiter Fläche an seiner hinteren und unteren Seite mit Hilfe von durch seine Bedeckungen und die Scrotalhaut gelegten Nähten befestigt. Gleichzeitig wird der fast immer offene Scheidenhautfortsatz und unter sorgfältiger Ausschließung der Gefäße der erweiterte äußere Leistenring wie bei einer radicalen Hernienoperation geschlossen. Dies ist die zweckentsprechendste und erfolgreichste Operation des Leistenhodens, da es fast unmöglich ist, daß der Hoden nach der Operation wieder nach oben gezogen wird und der Leistencanal verschlossen ist. Was nun den Zeitpunkt der Operation betrifft, so muß in allen Fällen, wo irgend eine nahe Gefahr für den Träger des verlagerten Hodens vorhanden ist, sofort operirt werden. Als solche Indicationen einer beschleunigten Operation sind zu betrachten hochgradig entzündliche Vorgänge am Hoden, Incarceration des Hodens und der begleitenden Hernie, Torsion und Geschwülste des verlagerten Hodens. Sind nervöse Begleiterscheinungen oder gar motorische Reizerscheinungen vorhanden, die in Beziehung zum ectopirten Hoden stehen, so ist ebenfalls nie mit der Operation zu zögern. Macht der verlagerte Hoden aber keine Beschwerden, so sind alle Autoren einig, nicht vor dem 12. oder 14. Jahre zu operiren, da bis zu diesen Jahren, ja oft noch in den Jahren der Geschlechtsreife, der Hoden herabtritt.

Lohnstein.

Julius Derenberg: **Zur Kenntnis der Atrophie des Hodens.** (Inaug.-Diss., München 1897.)

Bei einer Section war als zufälliger Befund Hodenatrophie constatirt worden. Beide Testes waren nur so groß wie ein Sperlingsei, auch der Nebenhoden war sehr klein. Derenberg hat nun nach der Anamnese des Patienten recherchirt und ermittelt, daß derselbe früher volle Potentia coeundi und generandi gehabt hatte. Erstere hat 3—4 Jahre vor seinem Tode aufgehört, während seine Libido normal geblieben sein soll. Sein Gesichtsausdruck soll etwas Weibisches gehabt haben, was durch den bei der Section festgestellten, auffällig geringen Bartwuchs unterstützt wurde. Die Anamnese ergab noch eine frühere Gonorrhoe, Strictur, Cystitis chronica, so daß D. an-

nimmt, daß auch die Atrophie der Hoden, mit den Zwischenaffectionen Orchitis und Epididymitis, auf gonorrhoischer Grundlage beruht. Daß die Gonorrhoe in diesem Falle zur Atrophie führte, ist vielleicht bedingt gewesen durch die ungenügende resp. fehlende Behandlung seitens des indolenten, herzleidenden, dem Potus ergebenen Patienten.

Ed. Oppenheimer (Straßburg i. E.).

Paul Cohn: **Ueber Hodenatrophie.** (Inaug.-Diss., München 1897.)

Eine litterarische Uebersicht über die verschiedenen Ursachen der Hodenatrophie, unter besonderer Berücksichtigung der traumatischen Hodenatrophie.

Ed. Oppenheimer (Straßburg i. E.).

Dr. Sasse: **Ein Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Samenstranges.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 59, Heft 3.)

Mit „Torsion des Hodens" oder besser „Torsion des Samenstranges" bezeichnet man nach Nicoladoni ein Krankheitsbild, welches dadurch zu Stande kommt, daß durch eine Drehung des Hodens der Samenstrang und damit auch die Gefäße desselben torquirt werden, so daß die Blutcirculation sistirt. Da aber der Hode keine anderen Gefäßverbindungen als nur durch den Samenstrang hat, so entsteht hiernach das bekannte Bild des hämorrhagischen Infarctes. Wird die Torsion indes frühzeitig genug redressirt, so kann sich die Blutcirculation und damit auch selbst eine Restitutio ad integrum wieder einstellen; geschieht dieses aber nicht, so treten entweder nachherige Schrumpfung und Atrophie des betreffenden Hodens ein, oder aber, und so war es in den meisten der bekannt gewordenen Fälle, es tritt Necrose des Organs ein. Von dem in Rede stehenden Krankheitsbilde sind bis jetzt erst 18 Fälle veröffentlicht worden. In dem vom Verf. beobachteten 19. Fall handelt es sich linkerseits um zwei außerordentlich große Spermatocelen, die sich vollständig abgeschnürt haben, und rechterseits um eine Hämatocele, verursacht durch eine Torsion des Samenstranges bei einem in mehrfacher Hinsicht abnormen Hoden.

Zu dem Zustandekommen einer Torsion des Samenstranges sind zwei anatomische Vorbedingungen notwendig: Zuerst muß es sich um einen unvollkommen befestigten Hoden und Samenstrang handeln, und dann muß ein genügend weites Cavum vaginale resp. Peritonealsack vorhanden sein, in dem die Drehung stattfinden kann. Normaler Weise finden sich solche Verhältnisse nicht vor, vielmehr liegen der Samenstrang, der größte Teil des Nebenhodens und ein Teil des Hodens außerhalb des Cavum vaginale, der Hode ist flächenhaft befestigt und kann sich daher nicht drehen. Anders jedoch werden die Verhältnisse, wenn gewisse Mißbildungen oder Bildungshemmungen vorhanden sind. Bekanntlich liegt im fötalen Leben der Hode innerhalb der Bauchhöhle und wird durch eine Falte des Peritoneums an der Fascia iliaca befestigt. Diese Peritonealfalte stellt wie bei den übrigen Bauchorganen das Mesenterium, hier das sog. Mesorchium dar und ist so lang, daß der Hode sich frei hin und her bewegen kann. Beim gewöhnlichen

Verlauf der Dinge und normaler Entwicklung rückt nun der Hode in den Inguinalcanal und sinkt von da nach abwärts in das Scrotum unter und hinter den Processus vaginalis peritonei. Auf diesem Wege verliert der Hode sein eigentliches Mesorchium, indem Samenstrang, Nebenhoden mit Ausnahme des Kopfes und ein Teil der Hinterfläche des Hodens außerhalb des Peritoneums zu liegen kommen, und wenn dann der Processus vaginalis verödet, bleibt nur ein verhältnismäßig kleines Cavum vaginale übrig, in dem der Hode flächenhaft befestigt und daher eine Drehung unmöglich ist. Wenn nun irgend welche Störungen in dieser normalen Entwicklung eintreten, gewöhnlich, wenn der Descensus des Hodens nicht erfolgt, bildet sich auch das Mesorchium nicht zurück, wächst vielmehr und umgiebt auch noch den Nebenhoden vollständig, sowie auch noch eine mehr oder weniger lange Strecke weit den Samenstrang. Ein solcher Hode gleicht einer Kirsche oder Frucht an ihrem Stiel und kann sich leicht hin- und herdrehen.

Ueber die veranlassende Ursache zur Torsion ist wenig zu sagen. In allen Fällen ist es ein Trauma, d. h. irgend eine Krafteinwirkung gewesen, und zwar kann solche sowohl durch eine direct von außen einwirkende Gewalt, wie z. B. Taxisversuche zur Reposition der vermeintlichen oder richtig angenommenen Hernie oder durch eine Einklemmung des Scrotums zwischen die Oberschenkel herbeigeführt werden, als auch durch Muskelcontraction bei Anspannung der Bauchpresse beim Stuhlgang.

Die Symptome, welche die Torsion des Samenstranges macht, sind in allen Fällen characteristische. Die allgemeinen Symptome sind hauptsächlich Shockerscheinungen: Starke Schmerzhaftigkeit, die von großer Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden ist und zu Uebelkeit, selbst auch ein- oder andermaligem Erbrechen, blasser Gesichtsfarbe, großer Mattigkeit und Ohnmacht bei kleinem Puls führt; dabei sistiren gewöhnlich für ein bis zwei Tage Flatus und Stuhlgang. Besonders characteristisch ist nun, daß diese schweren Shockerscheinungen nur kurze Zeit, 1—2 Tage, dauern und dann einem relativ guten Allgemeinbefinden Platz machen. Auch kann in den ersten Tagen eine leichte Temperaturerhöhung bis 38,5° auftreten. Die localen Symptome sind verschieden, je nach der Lage des Hodens. Beim Leistenhoden besteht die größte Aehnlichkeit mit einer Hernie: empfindliche bezw. schmerzhafte Schwellung in der Leistengegend mit leerem Percussionsschall und mehr oder weniger gespannt. Die Haut darüber ist anfangs unverändert, zeigt sich aber in den späteren Tagen gewöhnlich etwas gerötet und entzündlich infiltrirt, ohne daß jedoch eine Eiterung aufträte. Ist der Hode in das Scrotum hinabgestiegen, so handelt es sich um einen mehr oder weniger vergrößerten Tumor der betreffenden Scrotalhälfte, ebenfalls recht empfindlich bezw. schmerzhaft und von wechselnder Spannung. Wohl stets wird es sich feststellen lassen, daß es sich dabei um einen leicht entzündlichen Zustand bezw. Erguß in das Cavum vaginale und um einen vergrößerten Hoden handelt. Die Haut ist hier gleichfalls zuerst unverändert, in den späteren Tagen aber entzündlich infiltrirt. Die Durchleuchtung bleibt negativ, kurz also ein ganz ähnlicher Befund, wie

bei einer traumatischen Hämatocele. Nach längerem Bestand lassen die entzündlichen Erscheinungen nach, Schwellung und Schmerzhaftigkeit gehen allmählich zurück, und falls kein operativer Eingriff vorgenommen wird, mag der endgiltige Ausgang wohl häufiger in Atrophie des Hodens sein, ohne daß es zu einer Eiterung und Gangränescirung des Hodens zu kommen braucht.

Diagnose. Bei genauer Abwägung aller Symptome und nach sorgfältiger Aufnahme der Anamnese wird sie in den meisten Fällen, besonders wenn die Torsion schon mehrere Tage bestanden hat, sich wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit stellen lassen, doch wird sicherlich bei der Torsion des Leistenhodens noch häufig incarcerirte Hernie angenommen werden. Zu berücksichtigen ist bei der Differentialdiagnose auch noch die Aehnlichkeit mit einem Absceß des Leistencanals bezw. Leistenbruchsackes, der von einem incarcerirten und perforirten Processus vermiformis ausgeht. Bei der Torsion des herabgestiegenen Hodens besteht die größte Aehnlichkeit mit einer traumatischen Hämatocele, die ja auch in der That vorliegt, denn der Erguß in die Tunica vaginalis ist stets ein stark blutiger; um so näher liegt eine derartige Annahme, wenn sich ein so directes Trauma, wie in unserem Fall, nachweisen läßt und dabei auch noch eine schon seit mehreren Jahren vom Patienten genau beobachtete Geschwulstentwicklung am Hoden besteht. Die Diagnose kann in solchen Fällen überhaupt nur vermutungsweise mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit gestellt werden.

In Bezug auf die Behandlung wäre noch zu erwähnen, daß es ohne Zweifel gelingen kann, wenn der Fall frühzeitig genug in Behandlung kommt und richtig erkannt wird, die Torsion, wenigstens des descendirten Testikels, unblutig zu redressiren. In allen Fällen, in denen die Torsion länger als 2—3 Tage bestanden hat, ist das Organ zu entfernen.

Lohnstein.

Prof. Grigoriew: **Ueber die Anwendung der Florence'schen Reactionen bei Untersuchung von Samenflecken.** (Vortrag, gehalten auf dem VII. Congreß der russischen Aerzte zu Kasan. Wratsch 1899, No. 22.)

G. findet, daß die Bedeutung der Florence'schen Reactionen bei der Untersuchung von Samenflecken höher ist, als die Reaction von Van Deen bei der Blutuntersuchung, und daß sie sehr empfindlich ist. Er empfiehlt diese Reaction für alle Fälle, in denen das Vorhandensein von Samen vermutet wird, und bringt einige Modificationen der Methode in Vorschlag, namentlich für gemischte Flecke, z. B. für solche von Samen und Blut, Harn, Fäces etc.

Die Resultate seiner gesamten Beobachtungen faßt G. in folgenden Schlüssen zusammen:

1. Der positive Ausfall der Florence'schen Reaction weist mit großer Wahrscheinlichkeit darauf hin, daß der betreffende Fleck von Samen herrührt.

2. Erhitzung auf 100° C. wirkt nicht zerstörend auf die Bestandteile des Samens, welche die Florence'sche Reaction bedingen.

3. Das einzig sichere Zeichen der Samenflecke ist die Auffindung ganzer Spermatozoen in denselben. Lubowski.

VI. Blase.

S. Ehrmann (Wien): **Das Urotropin in der Behandlung bacterieller Erkrankungen der Harnwege.** (Wiener med. Presse 1899, No. 25.)

E. berichtet über die Erfahrungen, die er in den letzten 2½ Jahren mit dem Urotropin bei der Behandlung einiger bacterieller Erkrankungen der Harnwege gemacht hat; es handelte sich im Wesentlichen um Fälle von Cystitis (9 an der Zahl), von Bacteriurie (6) und von Urethritis posterior chronica (32). In den Fällen von Cystitis, auch bei gonorrhoischer Cystitis, trat rasch vollkommene Klärung des Harns ein; die Bacteriurie wurde in 2—3monatlicher Behandlung bei einer Dosirung von 1,5 g, später 1 g pro die dauernd geheilt. Von besonderer Bedeutung erscheinen die Beobachtungen bei der chronischen Urethritis posterior; in fast allen der 32 Fälle fand E. den Harn am dritten bis vierten Tage klar; zum mindesten die zweite Portion war immer klar, so daß dann die alleinige Behandlung der vorderen Harnröhre mit den gewöhnlichen Injectionen zur weiteren Heilung genügte.

Fernerhin wurde eine Typhuscystitis, eine tuberculöse Cystitis und zwei Fälle von Cystitis bei Prostatahypertrophie mit günstigem Erfolge behandelt. Formaldehyd im Harn wurde unter 12 Fällen 5mal nach jeder Darreichung nachgewiesen; in drei Fällen wurde es das eine Mal gefunden, das zweite Mal nicht, woraus E. den Widerspruch erklärt, welchen die Feststellungen Casper's in der Litteratur gefunden haben.

Im Ganzen genommen formulirt E. seine Ansicht über das Urotropin dahin, daß der Wirkungskreis desselben auf dem Gebiet der bacteriellen Erkrankungen der Harnwege ein sehr ausgedehnter ist, und daß das Mittel zweifellos denjenigen Präparaten zuzuzählen sei, welche sich einen dauernden Platz in der Therapie der Harnleiden erwerben werden. E. Samter.

Dr. Georg Kapsammer (Wien): **Ueber ausdrückbare Blase.** (Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 21.)

Auf die Ausdrückbarkeit der Blase hat als Erster J. Heddaeus aufmerksam gemacht, der die Möglichkeit, die Blase zu exprimiren, an eine Lähmung des Detrusors mit oder ohne Sphincterparese geknüpft hat. In einer zweiten Publication präcisirt er die Ausführbarkeit der Expression dahin, daß dieselbe von einem möglichst geringen Widerstande des Sphincter

urethrae abhänge, worunter er den Sphincter vesicae externus, also den quergestreiften Schließmuskel versteht, während er die Annahme eines besonderen Sphincter vesicae internus für irrig hält. Er hält aber diese Parese oder Paralyse des Sphincters keineswegs für notwendig, denn er nimmt an, daß die Hände des Operateurs den contrahirten Sphincter überwinden könnten, ebenso wie ja auch der Detrusor im Stande wäre — sogar bei verstärkten Reflexen — den Sphincterschluß zu eröffnen. Stark hat 1894 die Ausdrückbarkeit der Blase noch einmal entdeckt. Nach ihm wäre das Verfahren versuchsweise in allen Fällen von Harnretention angezeigt, wo nicht Obturation des nach außen führenden Canals oder Druckschmerzhaftigkeit der Blase in Folge von pathologischen Veränderungen ihrer Wand bestehen. v. Frankl-Hochwart und O. Zuckerkandl betrachten die Ausdrückbarkeit als ein Symptom, das fast nur den nervösen Blasenerkrankungen, nicht aber den Localerkrankungen der Blase zukommt. Demgegenüber hat Verf. zwei Fälle von ausdrückbarer Blase beobachtet, bei denen eine genaue, von Fachmännern ausgeführte Untersuchung eine nervöse Störung gänzlich ausschloß, andererseits aber locale periphere Ursachen die Erscheinung vollkommen erklärten.

Der eine dieser Fälle betrifft einen 22 Jahre alten, hereditär nicht belasteten Patienten, der angiebt, bis zu seinem zwölften Jahre öfter des Nachts das Bett genäßt zu haben, häufige Onanie leugnet und bis vor $1^1/_2$ Jahren vollkommen gesund war. Damals trat, $^1/_2$ Monat nach einem Coitus, ohne besondere Beschwerden ein geringfügiger, eitriger Ausfluß aus der Harnröhre auf, der drei Monate lang andauerte. Im Anschluß daran machten sich Harnbeschwerden geltend, die sich zunächst in häufigem Uriniren äußerten. Der Harn wurde trübe. Allmählich ging das Uriniren immer schwerer, bis Pat. endlich überhaupt nicht mehr im Stande war, spontan den Harn zu lassen. Auch trat damals schon Harnträufeln auf. Dieses besserte sich und schwand vollkommen, als Patient anfing, sich täglich mehrere Male zu katheterisiren. Vor einem halben Jahre bekam er allmählich unter leichten Fiebererscheinungen Schmerzen am Perineum, die sich besonders bei Stuhlabsetzen bemerkbar machten. Sie ließen nach, als auf einmal viel Eiter und Blut per anum abgegangen waren. Auch bemerkte Patient damals in den ersten Partien des gelassenen Harnes krümeligen Eiter. In unmittelbarem Anschluß daran trat neuerdings Harntropfen auf. Patient bemerkte auch jedes Mal bei dem Mictions- und Defäcationsacte Abgang von Urin durch den After. Seit einem Jahre leidet er an heftigem Durst, und findet bei ihm trotz ordentlicher Erection und entsprechender Wollustgefühle keine Ejaculation mehr statt. In diesem Zustande kommt Patient in die Klinik. Status praesens: Innere Organe normal. Rectalbefund: Sphincter gut innervirt. Der rechte Prostatalappen ist vollkommen geschwunden; an Stelle des linken findet sich ein ganz schmaler, niedriger, elastischer Wulst. Dem Mittellappen entsprechend kommt man mit der Fingerkuppe in eine von unregelmäßigen, teilweise umklappbaren Rändern begrenzte Mulde. Im Centrum derselben fühlt man eine trichterförmige Einziehung, welche sich bei combinirter Untersuchung an der Pars prostatica urethrae festhaftend

erweist. Oberhalb dieser Mulde findet sich eine kurze, querverlaufende und von dieser abzweigend eine längsgestellte, kammartige Schleimhautfalte, deren obere Grenze nicht erreichbar ist. Die Samenbläschen rechts nicht tastbar, links vergrößert und derb. Urethra für Sonde No. 26 Charrière leicht passirbar; im Bereiche der Pars prostatica eine Unebenheit, über die der Knopf der Sonde à boule hinüberspringt; in der Blase nichts Abnormes; die Sensibilität der Pars prostatica etwas gesteigert, die der Blase normal. Patient kann bei der Aufnahme überhaupt nicht selbstständig uriniren, leidet an andauerndem Harntropfen und hat das Gefühl der vollen Blase. Es wurde nun die Blase successive vollkommen entleert. Durch häufiges Katheterisiren und durch eine locale medicamentöse Therapie (es wurde Tuberculose der Prostata als Ursache der ganzen Erkrankung angenommen) wurde der Zustand des Patienten derart gebessert, daß derselbe nach zwei Monaten beinahe zwei Drittel einer 24stündigen Harnmenge spontan urinirt, der Rest fließt durch Harntropfen oder durch den Katheter ab. Zum Uriniren wird er durch das Gefühl der vollen Blase, das Gefühl des Harndranges veranlaßt. M. L.

Dr. Arthur Strauss: **Ueber einen Fall von dreifacher Harnblase.** (Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 28.)

Der 29jährige, schwachsinnige Patient klagte über häufigen und schmerzhaften Harndrang. Die Untersuchung seiner inneren Organe ergab nichts Abweichendes, insbesondere waren von Seiten des Centralnervensystems keine Veränderungen nachzuweisen. Reaction des Urins sauer, specifisches Gewicht 1026, kein Eiweiß, kein Zucker. Der Urin ist leicht getrübt, mikroskopisch sind im spärlichen Sediment Leukocythen und in geringerer Zahl rote Blutkörperchen nachzuweisen. Die Prostata ist nicht vergrößert, nicht abnorm druckempfindlich. Die geschlechtliche Potenz ist gering. Patient hat zweimal einen mangelhaften Versuch zum Beischlaf gemacht und glaubt, sich dabei einen Tripper zugezogen zu haben; er hat indessen nie an Ausfluß gelitten.

Verf. stellte die Diagnose auf chronische Cystitis und behandelte ihn mit entsprechender Diät, Sitzbädern, Suppositorien, Urotropin und Salol innerlich, Instillationen mit 10proc. Protargollösungen, einige Male auch mit Argentum nitricum 2 pCt. Nach ca. zwei Monaten war der Urin vollständig klar geworden und frei von Sediment. Die Beschwerden aber blieben in fast unverändertem Maße bestehen: trotz völlig normalen Urins alle 5 bis höchstens 10 Minuten heftiger, sehr schmerzhafter Harndrang, häufige Incontinenz, bei Tag und Nacht keine Ruhe. Verf. riet daher dem Kranken, die Blase öffnen zu lassen, in der Vermutung, daß vielleicht ein kleines Papillom am Blasenhalse die Ursache aller Beschwerden sei. Vorher versuchte er eine cystoskopische Untersuchung. Indessen schon nachdem er nur etwa 30 g Borsäurelösung in die Blase hatte einlaufen lassen, trat ein derartiger Harndrang auf, daß er von einer weiteren Füllung und demgemäß auch von der cystoskopischen Untersuchung Abstand nehmen mußte. —

Sectio alta: Nachdem der Kranke narcotisirt war, cystoskopirte Verf. nochmals. Die Blase füllte sich genügend, und man sah eine größere Zahl eigentümlicher flottirender Membranen. Er führte nunmehr einen gewöhnlichen Metallkatheter ein, füllte die Blase, die merkwürdiger Weise jetzt nur eine mäßige Flüssigkeitsmenge aufnahm, und suchte durch einen Längsschnitt in Beckenhochlagerung die Blase auf. Diese wölbte sich als ein etwa taubeneigroßer Tumor vor. Nach Eröffnung derselben kam man in einen gefächerten, ringsum vollständig abgeschlossenen, nach unten zu sich trichterförmig verschmälernden Sack. Mehrfach überzeugte sich Verf. mit dem Finger davon, daß der Katheter von einem glatten Orificium internum eng umschlossen wurde. Die Wandung des Sackes war vollständig atrophisch, fast papierdünn; indessen waren deutlich Musculatur und Schleimhaut zu unterscheiden. Verf. glaubte in dieser kleinen, atrophischen Blase die Ursache der Incontinenz, der Cystitis und aller anderen Beschwerden gefunden zu haben, konnte sich allerdings nicht erklären, warum die Blase bei der cystoskopischen Untersuchung die genügende Flüssigkeitsmenge gefaßt, bei der Füllung zur Operation selbst aber nur eine so geringe Menge aufgenommen hatte. Er zog daher den Katheter heraus und führte ihn, in der Vermutung, daß eine Divertikel- oder Doppelblase vorliege, nochmals ein, mit der Absicht, in einen anderen Raum zu gelangen Nun wiederholte sich dasselbe Schauspiel. Wieder mangelhafte Füllung, Vorwölbung eines zweiten Sackes genau in der Größe des ersten, bei dessen Eröffnung genau dasselbe Bild: kleiner gefächerter, atrophischer Hohlraum mit vollständig ausgebildetem, glatt abtastbarem, trichterförmigem Orif. intern. Verf. führte nunmehr zum dritten Mal einen dickeren, halbweichen Mercierkatheter ein. Nunmehr kam der Katheter in einen dritten Raum, der unter den beiden anderen lag. Die Katheterspitze war durch die beiden anderen Hohlsäcke zu fühlen, und erst die Füllung dieses dritten Hohlraumes gestattete das Eindringen von ca. 300 g Flüssigkeit. Hier war man also in der eigentlichen Blase, und es erschien auf Grund des Befundes fraglos, daß es sich bei dem Mann um drei Blasen handelte, eine große und zwei kleine, von denen die beiden kleineren durch den Druck, den sie bei schon mäßiger Füllung der Hauptblase auf den Blasenhals derselben ausübten, die Ursache des so schnell auftretenden Harndranges gewesen seien. Da Verf. nicht sicher war, ob nicht auch in eine der beiden kleinen Blasen ein Ureter mündete, beschränkte er sich auf die breite Eröffnung der beiden vorderen Säcke, ließ die Hauptblase uneröffnet, in der Voraussetzung, daß die dünne, atrophische Wand der beiden Vorblasen zusammenschrumpfen und damit das Hindernis, das sie bis dahin als Fremdkörper abgegeben, beseitigt sein würde. Der weitere Verlauf hat die Thatsache ergeben, daß die beiden Ureteren in der Hauptblase mündeten. Der Urin floß nur durch den in der Hauptblase liegenden Verweilkatheter, nicht durch den in die Bauchwunde eingelegten Drain ab. Die Heilung verlief durchaus günstig. Schon am nächsten Morgen nach der Operation wurde der Verweilkatheter, am dritten Tage der Drain entfernt. Der Urin, zunächst blutig, verlor am zweiten Tage seine rote

Farbe, blieb zunächst noch wolkig getrübt. Die Schmerzen und der starke Harndrang verschwanden völlig. Die Menge betrug durchschnittlich 1000 bis 1200 g am Tage. Die Miction ging meist jede ¾ bis 1 Stunde von Statten. Patient wurde nach 14 Tagen aus der Anstalt mit glatt verheilter Bauchwunde entlassen. Der Urin ist vollständig klar. Die Incontinenz ist vollständig geschwunden, und wenn das Urinbedürfnis noch immer ein gesteigertes ist, so dürfte die Ursache in der Fächerung der Hauptblase selbst liegen. Eine zweite Operation, Eröffnung der Hauptblase und Entfernung der Membranen, dürfte ein normales Harnbedürfnis herbeiführen. M. L.

Dr. Le Clerc-Dandry: **Ueber Curettement der Harnblase.** (Journal médicale de Bruxelles, 13. April 1899. Ref. nach Wratsch 1899, No. 20.)

Verf. empfiehlt das Curettement der Harnblase als probates Mittel gegen hartnäckige Cystitiden. Der Eingriff ist, wenn er vorsichtig und aseptisch ausgeführt wird, vollkommen ungefährlich und führt stets zum Ziele, indem er die Krankheit dauernd beseitigt. Leider ist die vordere Harnblasenwand in Folge ihrer anatomischen Lage dem Löffel unzugänglich, so daß der Eingriff auf den Blasenhals und das Lieutaud'sche Dreieck beschränkt bleiben muß. Uebrigens hat diese Beschränkung keine allzu große Bedeutung, da die bezeichneten zugänglichen Partien der Harnblase eben der Hauptsitz der Affection sind. Allerdings kommt es bei der Auskratzung bisweilen zu einer größeren Blutung, es stehen jedoch so viele Mittel zur Blutstillung zur Verfügung, daß auch dieser Umstand von dem Eingriff nicht abschrecken darf. Jedenfalls ist die Auskratzung der Harnblase bei Weitem keine so schwere Operation, wie die Anlegung einer suprapubischen oder vaginalen Fistel, während die Wirkung der Auskratzung in therapeutischer Beziehung nichts mehr zu wünschen übrig läßt. Li.

Dr. Bornhaupt: **Ueber die Blasenhernien.** (Protocolle des X. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wilmar. St. Petersburg 1899.)

Nach den meisten Autoren und Statistiken wird das Alter (bei den Männern die Jahre zwischen 50 und 60 und bei den Frauen zwischen 40 und 50) als ein Moment angesehen, das zur Blasenhernie prädisponirt in Folge der schlaffen, dilatirten Blasenwand, bei den Männern auch in Folge von Stricturen und Prostatahypertrophie. Aber auch andere Factoren müssen bei der Entstehung einer Blasenhernie mit in Betracht kommen als das Alter und die dadurch bedingte Schlaffheit der Blasenwand. Sehr verbreitet ist die Angabe, daß das prävesicale Fett, das sich dazwischen sogar zu einem Lipom entwickelt, nach dem Gesetz der Schwere die Blase in den Canal hineinzieht. Oft soll in Folge der Lithiasis oder von Verwachsungen mit dem Netz oder Darm die Blase zum Bruchinhalt geworden sein. Abnorm breite Bruchwege und eine große Hernie sollen oft eine Cystocele zur Folge haben. In der letzten Zeit wird auch sehr viel behauptet, daß bei der

Radicaloperation nach Bassini künstlich eine Blasenhernie dadurch zu Stande kommen kann, daß beim Freipräpariren des Bruchsackes die Blase mit dem Peritoneum vorgezogen wird. Endlich kann nach den Untersuchungen von Englisch ein Blasenbruch in Folge von gewissen Abnormitäten des Ligamentum vesico-umbilicale laterale entstehen.

Nach ihrem Verhältnis zum Peritoneum werden die Blasenhernien in extra-, intra- und paraperitoneale nach Brunner und mixtae nach Lotheisen eingeteilt. Ssalitschew unterscheidet nur zwei Arten: die endo- und extrasacculären. Am seltensten kommen die intraperitonealen oder die endosacculären vor, dagegen die gemischten oder die paraperitonealen den häufigsten Befund bilden. Die extraperitonealen Blasenbrüche sind nach den meisten Angaben auch nicht häufig zu finden. Von der Arteria epigastrica kann die Blase nach außen oder nach innen liegen Bezüglich des Verhältnisses der Blase zur Hernie und zum Bruchsack hat Verf. in Uebereinstimmung mit Allen beobachten können, daß die Blase immer nach innen und unten vom Bruchsack liegt und andererseits nicht von der Größe der Hernie abhängig ist Was nun die Symptome und die Diagnose einer Blasenhernie betrifft, so ist es sehr schwer, eine Cystocele vor der Operation zu diagnosticiren, da die Patienten dabei gewöhnlich keine Beschwerden haben, wenn auch andererseits angegeben wird, daß Schmerzen bei einer Hernie oft auf eine Beteiligung der Blase hindeuten. Um die Beteiligung festzustellen, führt man den Katheter so ein, daß man den Griff zu dem der Hernie entgegengesetzten Oberschenkel abducirt, dann nach hinten senkt, so daß der Schnabel nach vorn in die Inguinalgegend zur Hernie dringt. Diese hat sich dem Verf. als die sicherste Methode bewährt, wo andere Symptome einen oft im Stich lassen. Von Allen wird das prävesicale Fett als das untrügliche Merkmal einer Blasenhernie angeführt, welches oft so stark entwickelt ist, daß es sogar ein Lipom bildet. Unter den 27 Fällen von Cystocele, welche Verf. beobachtet hat, fand sich dieses Fett nur 6mal vor, wobei allerdings jedes Mal die Blase am Bruch beteiligt war; in den übrigen Fällen hat das Fett gefehlt, und man hatte nur entweder eine Vorwölbung oder eine Verdickung in der inneren Bruchsackwand in ihrem unteren Teil vor sich. Ein Lipom dagegen hat Verf. kein einziges Mal beobachtet. Daher ist es sehr ratsam, wenn man den Bruchsack freipräparirt hat und an seiner inneren Wand unten irgend eine suspecte Vorwölbung, Verdickung oder das beschriebene Fettgebilde sieht, sich gleich mit einem Katheter von der Lage der Harnblase nach der genannten Methode zu überzeugen Auf diese Weise wird man die Verletzung der Blase immer verhüten können. Falls nun aber eine solche zu Stande gekommen ist, so wird die sofortige Vernähung der Blase mit einer zweischichtigen Naht von Allen empfohlen, da nach allen Statistiken diese Behandlung die besten Resultate aufzuweisen hat. Nur bei den Incarcerationen, wo die Wand gangränös ist, wird geraten, die Blasenwand in die Wunde vorzulagern und eine Fistel zu verursachen, nachdem sich die Necrosen abgestoßen haben, da nach der Naht die Blasenwand noch weiter gangranös werden könne. Lubowski.

Durand: **Infiltration d'urine due à un calcul, chez un nourrisson de 15 mois.** (Société de chirurgie de Lyon, 21. Juli 1898. Revue de chirurgie 1899, III, 442.)

Bei einem 15 Monate alten Säugling schwillt Hodensack und Penis an, und zwar sehr rasch und sehr stark. Noch bevor der Kranke in's Krankenhaus gebracht wird, erfolgt eine reichliche Miction mit Ausstoßung eines Steines. Die Harninfiltration wurde operirt, und zwei Tage lang ein übrigens schlecht vertragener Dauerkatheter eingelegt. Heilung. Harnröhre für No. 12 durchgängig. Der Fall scheint ein Unicum zu sein. **Mankiewicz.**

Dr. Lotheissen: **Ueber einen Fall von Blasenstein.** (Vortrag und Demonstration in der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft zu Innsbruck. Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 21.)

Der 53jährige Patient litt seit der Kindheit an Harnbeschwerden; mehrmals soll nach einem Stein gesucht, aber keiner gefunden worden sein. Jetzt stieß der Katheter auf einen harten Körper und sofort wurde, da sich unerträgliche Schmerzen eingestellt haben, zur Operation, und zwar zum hohen Blasenschnitt bei Beckenhochlagerung geschritten, trotzdem an dem Patienten vor vier Tagen wegen eines linksseitigen eingeklemmten Leistenbruches die Herniotomie ausgeführt worden war. Ohne viel Flüssigkeit in die Blase zu injiciren oder das Rectum aufzublähen, ließ sich sehr leicht die Umschlagstelle des Peritoneums vermeiden, die nach oben gezogen war.

Es mußte eine sehr große Oeffnung in der vorderen Blasenwand gemacht werden, um den Stein, der geradezu einen Abguß der Blase darstellte, zu entfernen. Wegen bestehender starker Cystitis wurde nur partielle Naht in drei Etagen ausgeführt und im oberen Winkel ein Knierohr zur Drainage eingelegt. Glatter fieberloser Verlauf.

Der Stein wog 303 g, der Kern bestand aus oxalsauren Salzen, um welche ein Mantel von Phosphaten geschichtet ist. **M. L.**

Dr. L. M. Krebs (Petersburg): **Beitrag zur Casuistik der Vesico-prostato-Urethralsteine.** (Wratsch 1899, No. 24.)

Bezüglich der Diagnose der Vesico-prostato-Urethralsteine ist Verf., im Gegensatz zu der sehr verbreiteten Ansicht, der Meinung, daß dieselbe keine besonderen Schwierigkeiten darbiete: man brauche blos kein allzu großes Gewicht auf die Symptome zu legen; vielmehr müsse man eine sorgfältige locale Untersuchung vornehmen. Aufmerksame Betastung mit dem Finger, vorsichtige Sondirung unter permanenter Calculirung, in welchem Teile der Harnröhre sich die Sondenspitze befindet, schließlich die Urethroskopie ermöglichen es, die Form und Lage des Steines zu bestimmen. Auf Schwierigkeiten könnte man nur bei Prostatahypertrophie stoßen, bei der die Palpation erschwert und die Sondirung unmöglich ist. Die mangelhafte Bestimmung der Lage und Größe des Steines führten nicht selten zur unzweckmäßigen Wahl der Operationsmethode: so machte man häufig die Sectio alta und

suchte den Stein von unten nach oben, d. h. aus der Prostata in die Harnblase zu ziehen. Aber abgesehen von den dabei vorkommenden Verletzungen des Blasenhalses und Gewebszerreißungen in den empfindlichsten Teilen, ferner abgesehen davon, daß der mit seinem breiteren Teile in der Prostata liegende Stein bisweilen den unnütz verletzten Blasenhals nicht passiren kann, giebt es noch einen wichtigen Umstand, der die Vornahme der Operation von Seiten des Perineums erfordert: nach Extraction des Steines bleibt in der Prostata und in der Harnröhre eine schwer zugängliche, stark catarrhalische Höhle zurück, die von dem Steine gebildet wurde und einer sorgfältigen Behandlung benötigt. Diese Höhle kann man nur dann leicht erreichen und rasch zur vollständigen Heilung bringen, wenn die Operation von Seiten des Dammes gemacht worden ist.

Der von Verf. selbst beobachtete Fall betrifft einen 18jährigen Patienten, der seit der frühesten Kindheit an verschiedenen Störungen im Gebiete des Harntractus, hauptsächlich an starkem Schmerz beim Harnlassen, häufigem Harndrang, zeitweise auch an Harnincontinenz gelitten hatte. Der Harn ist trübe, stark riechend, alkalisch, enthält viel Eiter und Eiweiß. Auf ein Mal entleert der Patient nur 20—25 g Harn; stehend urinirt er leichter als liegend. Im Rectum fühlt der Finger die harte Prostata, die auf Druck schmerzhaft ist, schmerzhaft ist auch die Uebergangsstelle der Drüse zur Blase, teilweise auch die tieferliegende Pars membranacea urethrae. In der Harnröhre stößt man mit der Sonde dicht am Blasenhalse auf einen Körper, der sich als Stein anfühlt; wird die Sonde in die Harnblase eingeführt, so fühlt man einen ähnlichen Körper dicht am Harnblaseneingang. Der gleichzeitig in das Rectum eingeführte Finger fühlt die Sonde weder in der Harnblase, noch im Prostatateil der Harnröhre. Es wurde die Diagnose auf Vesicoprostato-Urethralstein gestellt und nach einigen Tagen anticatarrhalischer Behandlung der Harnblase die Sectio mediana gemacht. Die Blutung war minimal. Der Bulbus wurde nicht verletzt. Der Stein wurde mit den Fingern entwickelt. Er wog 39 g, war 7 cm lang und $3^3/_4$ cm breit und hatte die typische Form einer Sanduhr. Der Blasenteil des Steines ist der kleinste, der Prostatateil der größte. Zusammensetzung des Steines: phosphorsaures Ammoniakmagnesium, harnsaures Ammoniak und harnsaures Magnesium; Kalksalze fehlten. Wahrscheinlich war in der frühesten Kindheit des Patienten ein harnsaures Steinchen im Blasenhalse stecken geblieben und hatte, nach beiden Seiten hin wachsend, zur Bildung des geschilderten Steines geführt. Der Patient erholt sich rasch, die Wunde verheilt gut, wenn auch der stark alkalische Catarrh der Harnblase und der Pars prostatica urethrae eine gründliche Nachbehandlung benötigt. Lubowski.

Bernhard Dahl: **Ueber primäres Carcinom der Harnblase.** (Inaug.-Diss., Kiel 1897.)

Entgegen der Behauptung von Klebs, daß epitheliale Neubildungen carcinomatöser Natur primär in der Harnblase nicht vorkommen, teilt Dahl einen Fall mit, bei welchem es sich um ein primäres Blasencarcinom bei

einer 45jährigen Frau handelte. Obschon die ersten Symptome erst nach einem Trauma bemerkt wurden, so ist doch kaum anzunehmen, daß dieses den Grund dazu gelegt hat, da sonst seine Entwicklung eine zu schnelle gewesen sein würde (neun Monate).

Ed. Oppenheimer (Straßburg i. E.).

1. Privatdocent Dr. O. Zuckerkandl (Wien): **Zur Blasendrainage.** (Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 16.)
2. Dr. Carl Kaczkowski: **Nochmals zur Frage der Harnblasendrainage.** (Ibidem No. 21.)

1. Der Aufsatz Kaczkowski's, in dem er zur Verhütung der Harninfiltration nach Sectio alta eine neue Methode der Harnblasendrainage empfohlen hat (cf. diese Monatsberichte 1899, S. 373), hat zu einer Debatte zwischen K. und Zuckerkandl geführt. Die beiden von K. hervorgehobenen Punkte, nämlich daß die meisten letalen Ausgänge nach dem hohen Blasenschnitt durch Harninfiltration verschuldet werden und daß die bisher gebräuchlichen Mittel zur Verhütung der Harninfiltration anscheinend insufficient sind, werden von Zuckerkandl angefochten. Nach seinen Erfahrungen über hohen Blasenschnitt, die er seiner Zeit an Dittel's Klinik, später in einer stattlichen Anzahl selbstständig operirter Fälle gesammelt hat, bedingt die Harninfiltration niemals den letalen Ausgang nach jener Operation, ja sie scheint nach Sectio alta überhaupt zu den allergrößten Seltenheiten zu gehören. Bezüglich des zweiten Punktes weist Z. darauf hin, daß die leistungsfähigste, aber von K. nicht angeführte Methode der Harnblasendrainage die von Dittel angegebene Heberdrainage mittelst Knierohres ist. Dieselbe wird gegenwärtig derart ausgeführt, daß nach Einlegung des Heberrohres, welches bis in den abhängigsten Teil des Fundus reicht, die Wunde der Blase neben dem Rohr exact durch Naht verschlossen wird. In einer zweiten Etage werden die Mm. recti vereinigt, wobei auch die Blase, wenn sie tiefer sinkt, in die Nähte einbezogen wird, so daß sie gewissermaßen an die Bauchwand geheftet erscheint. Schließlich wird die Haut neben dem Rohr vereinigt, so daß mit Ausnahme eines engen Canals die Wunde in allen Teilen geschlossen ist. So ausgeführt, genüge dieses einfache, vielfältig erprobte Verfahren allen Anforderungen einer exacten Drainage, und so erscheine zur Zeit die Ersetzung des Heberprincips durch ein anderes complicirtes Verfahren nicht discutabel.

2. In seiner Erwiderung auf obige Ausführungen Z.'s wendet sich Kaczkowski vor Allem gegen die Behauptung, daß eine Harninfiltration nach ausgeführter Sectio alta zu den allergrößten Seltenheiten gehöre und widerlegt dieselbe an der Hand einiger statistischer Angaben. Bezüglich des Dittel'schen Verfahrens der Heberdrainage, das übrigens nicht von Dittel allein, sondern auch von Billroth und französischen Chirurgen geübt wurde, bemerkt Kaczkowski, daß dasselbe doch nicht alle Chirurgen befriedigt zu haben scheint, da auch nach dessen Einführung zahlreiche

Verfahren vorgeschlagen worden sind. Außerdem sind die Erfolge, welche Dittel selbst mit seiner Methode erzielte, nicht besonders glänzend. Unter 13 Fällen von Sectio alta verlor Dittel 2 Fälle (d. i. über 15 pCt.) an Bauchdeckenphlegmonen. Schließlich läßt sich das Dittel'sche Verfahren mit den Principien der modernen Wundbehandlung nicht recht in Einklang bringen.

Die Behauptung Z.'s, daß die von Kaczkowski empfohlene Methode complicirt sei, bestreitet letzterer ganz entschieden; im Gegenteil, der Apparat sei durchaus nicht complicirt und functionire, einmal eingestellt, ohne besondere Aufsicht tadellos, während bei der Heberdrainage eine unbedeutende Aenderung der Lage des Kranken die Function des Apparates aufhebe und ein Herausfließen des Harns neben dem Drainrohr zur Folge habe.

Lohnstein.

Dr. Golyschewski: **Beitrag zur Frage von der Harnblasennaht.** (Vortrag, gehalten auf dem VII. Congreß der russischen Aerzte zu Kasan. Wratsch 1899, No. 26.)

G. berichtet über 30 Fälle von Sectio alta, die im Verlauf der letzten drei Jahre in der Rasumowsky'schen Klinik operirt worden sind. In 5 Fällen wurde die Harnblasenwunde offen behandelt, in 32 Fällen durch Naht hermetisch geschlossen. Die Rasumowsky'sche Operationsmethode ist folgende: Unter aseptischen Cautelen wird in die Harnblase ein Katheter eingeführt und durch diesen in die Harnblase 300—400 ccm 3proc. Borsäure injicirt. Das Glied wird auf dem Katheter mittelst dünnen Gummischlauches abgeschnürt, der Abfluß der Flüssigkeit aus der Harnblase wird durch Klemmpincette verhindert, welche auf ein kurzes, am Katheter angebrachtes Röhrchen angelegt wird. Man verschafft sich Zugang zu der Harnblase durch Incision der Bauchwand in der Mittellinie, verschiebt das antevesicale Zellgewebe mit der Bauchfellfalte auf stumpfem Wege nach oben, faßt die Harnblasenwand zwischen zwei dicken Nähten und eröffnet zwischen denselben die Harnblase möglichst höher; nun wird der Katheter entfernt und zur Extraction des Steines geschritten. Nach der Extraction des Steines wird die Harnblase hermetisch geschlossen. Die primäre Harnblasennaht contraindiciren: 1. Chronische, besonders eitrige Cystitis, 2. Hypertrophie der Harnblasenwand, 3. Hämophilie der Harnblase, 4. sehr niedrige Incision der Harnblase, 5. Nierenaffection. Katheter à demeure wurde in den meisten Fällen nicht angewandt. Von den 37 nach Rasumowsky operirten Fällen wurden 34 geheilt, 3 starben; in 2 Fällen konnte der tötliche Ausgang mehr oder minder auf Rechnung der Operation selbst gestellt werden, der dritte Patient starb an Lungentuberculose vier Monate nach der Operation. Von den 32 Fällen mit hermetischer Naht der Harnblasenwunde heilten 27 per primam, in 5 Fällen sickerte der Harn durch die Naht durch und in 1 Fall trat Blutung auf. Von den 5 Fällen, in denen Harndurchsickern eintrat, mußte in 2 Fällen die Naht teilweise wieder gelöst werden, in 3 Fällen trat

Heilung unter Fistelbildung ein. In dem Falle mit der Blutung wurde die ganze Naht wieder gelöst und die weitere Behandlung nach der offenen Methode geführt. Die Durchschnittsdauer der postoperativen Periode bis zur vollständigen Heilung der Wunde betrug 17 Tage. Li.

VII. Ureter, Niere etc.

Dr. Racoviceanu-Pitesti (Bukarest): **Ein Fall von Uretero-Cysto-Neostomie.** (Revista de chir. 1899, No. 1 u. 2. Referirt nach Centralbl. für Chirurgie 1899, No. 24.)

Der Fall betrifft eine 40jährige Patientin, der wegen Krebs eine vaginale Hysterectomie gemacht wurde. Nach ca. fünf Monaten kehrte sie in das Krankenhaus zurück mit einer Harnleiterscheidenfistel. Einpflanzung des Harnleiters in die Blase. Eine 35 g schwere, 18 cm lange und 12 cm breite Compresse, bei der Operation in der Wunde zurückgelassen, ist nach 15 Tagen entfernt worden. Heilung.

Bezüglich des Operationsmodus spricht sich Verf. für das extraperitoneale Verfahren aus, obwohl es schwieriger ist und bedeutende Blutungen verursachen kann. M. L.

Dr. Zondek: **Das arterielle Gefässsystem der Niere und seine Bedeutung für die Pathologie und Chirurgie der Niere.** (Arch. f. klin. Chirurgie 1899, Bd. 59, Heft 3.)

Die Nierenchirurgie, welche in dem letzten Jahrzehnt enorme Fortschritte gemacht hat, findet eine weitere bedeutende Förderung in der vorliegenden Arbeit des Verfassers, die ein genaues Studium der grob anatomischen Verhältnisse der Niere darstellt. Die Studien des Verfassers erstrecken sich im Ganzen auf 15 menschliche Nieren, die entsprechend injicirt und dann auf das Sorgfältigste untersucht wurden. Bei der Wichtigkeit dieses Gegenstandes geben wir die Ergebnisse der mühevollen Untersuchungen des Verfassers in Folgendem ausführlich wieder:

Von den 15 Nieren werden 9 von je einer, 5 Nieren von je 2, 1 Niere von 3 Arteriae renales versorgt. Die Arteriae renales entspringen zuweilen dicht hinter einander, gewöhnlich 1—2 cm, in einem Falle 3,7 cm von einander entfernt. Die Teilung der Arteria renalis in ihre Hauptäste findet in verschieden weiten Abständen von der Aorta ab statt. Die Länge der Arteria renalis bezw. ihrer Hauptäste bis zum Eintritt in den Hilus ist um so größer, je tiefer die Niere liegt; im Allgemeinen ist sie rechts größer als links, da die Aorta an der linken Seite der Wirbelsäule gelegen ist. Die Arteria renalis bezw. ihre Hauptäste münden in den Hilus der Niere; zuweilen aber dringt eine isolirte Arterie außerhalb des Hilus in einen Pol,

denselben versorgend, hinein. Die Verlaufsrichtung der Nierenarterien ist zumeist eine gerade. Die Hauptäste der Nierenarterien sind verschieden an Zahl. Der Gesamtquerschnitt der ventralen Hauptäste ist größer als der der dorsalen. Die Arterien der Nierenfettkapsel, von Nähnadel- bis Stricknadeldicke, entspringen aus der Arteria renalis, ihren Haupt- und Nebenästen, bezw. aus den Nierenarterien vor oder nach ihrem Eintritt in die Niere. Die Kapselgefäße verlaufen nach der dorsalen wie nach der ventralen Wand, nach dem oberen und nach dem unteren Pol. Hebt man den arteriellen Gefäßausguß der Niere an dem Hauptstamme in die Höhe, so zeigt sich die von Hyrtl beschriebene natürliche Teilbarkeit der Niere; es klafft die ventrale und dorsale Partie der Niere an der lateralen convexen Oberfläche der Niere auseinander. Die ventrale Nierenschale ist stets wesentlich größer und stärker convex als die dorsale. Die Linie der natürlichen Teilbarkeit liegt nicht in der Mitte der lateralen convexen Oberfläche, sondern dorsalwärts vom Sectionsschnitt. An der aufgeklappten Niere zeigt sich die von Hyrtl beschriebene Austerschalenform. Die Innenfläche beider Nierenschalen ist ausgehöhlt, so daß sie, wieder aneinander gebracht, einen Hohlraum einschließen. An der Innenfläche einer jeden Nierenschale verlaufen strahlenförmig vom Hilus der Niere nach dem lateralen convexen Rand die Aeste des vorderen und hinteren Hauptastes. Sie sind an der dem Becken zugewandten Seite nackt, an der entgegengesetzten Wand entspringen zahlreiche kleine Zweige, welche divergent nach der Peripherie hin verlaufen. Die zwischen den prismatischen Vorsprüngen gelegenen Buchten entsprechen den Malpighi'schen Pyramiden. Die Concavität der Schale als Ganzes wie die Tiefe der Buchten ist in der ventralen Partie der Niere stärker ausgeprägt als in der dorsalen. Der eine Pol der Niere wird zuweilen von einer zweiten Arteria renalis, zuweilen von einem Hauptast isolirt ernährt, der sich zumeist in einen stärkeren Ast für den ventralen und einen schwächeren Ast für den dorsalen Teil desselben teilt. Gewöhnlich versorgt je ein Hauptast der Nierenarterie die ventrale bezw. dorsale Nierenschale, zuweilen einen Pol, zuweilen einen mehr weniger großen Teil der Niere.

Aus dem Gesagten ergiebt sich für die Pathologie und Chirurgie der Niere:

1. Die häufige isolirte Versorgung des einen Pols durch einen Hauptast bezw. eine zweite Arteria renalis dürfte vielleicht mit zur Erklärung für die Thatsache dienen, daß die auf dem Wege der Blutbahn sich verbreitende Tuberculose sich oft zuerst in einem Pol localisirt.

2. Die Herkunft der Kapselgefäße aus den Nierenarterien nach ihrem Eintritt in die Niere giebt eine Erklärung für die häufige Combination von Paranephritis und Herden in der Niere. Das zur Ausscheidung bestimmte Infectionsvirus kann in die Niere und zugleich in die Fettkapsel getragen werden. Legt man darum bei Paranephritis die Niere frei, so findet man oft in der Niere eine Erkrankung, mit der genetisch die Paranephritis im Zusammenhang steht; und ist in der freigelegten Niere keine Erkrankung

nachweisbar, so kann trotzdem der primäre Herd in der Niere vorhanden sein, bezw. gewesen sein, indem er, versteckt liegend, gar keine klinischen Symptome zu machen braucht oder durch das Ausscheidungsvermögen der Niere zur Heilung gekommen ist.

3. Der Verlauf der Kapselgefäße nach der vorderen und hinteren Wand, nach dem oberen und unteren Pol der Niere entspricht auch der von Tuffier getroffenen Einteilung der paranephritischen Abscesse in die vier Categorien: in Paranephritis an der vorderen und hinteren Wand, am oberen und unteren Pol der Niere.

4. Die Thatsache, daß zuweilen ein früh entspringender Hauptast bezw. eine zweite Arteria renalis außerhalb des Hilus in einen Pol, denselben ernährend, mündet, giebt eine Erklärung dafür, daß zuweilen bei einer ausgedehnten Nephrotomie trotz vorangegangener Abklemmung des Stiels die arterielle Blutung nicht steht.

5. Die Selbstständigkeit der Gefäßgebiete der einzelnen Aeste der Nierenarterie ermöglicht die auf dem Wege der Blutbahn sich verbreitenden, auf sie allein beschränkten lobären bezw. lobulären metastatischen Abscesse.

6. Die Resection der Niere ist unbeschadet der Erhaltung der übrigen Niere möglich und darum in geeigneten Fällen geboten. Die Gefäßverteilung giebt die Schnittführung an, wie man am ehesten die Durchschneidung größerer arterieller Aeste vermeidet und damit möglichst viel von dem functionsfähigen Nierengewebe erhält. Man wird am zweckmäßigsten den Herd keilförmig exstirpiren, mit der Basis in der Peripherie, mit der Kante (bezw. kleineren Fläche) nach dem Teilungsraum der Niere zu, und die Horizontalachse des Keils, nach dem Hilus der Niere immer kleiner werdend, ganz entsprechend dem Gefäßgebiet der radiär verlaufenden Aeste der Arteria renalis.

7. Die Nephrotomie ist nicht im Sectionsschnitt, sondern im Raum der natürlichen Teilbarkeit der Niere auszuführen. Man wird diesen am ehesten treffen durch einen Schnitt im mittleren Drittel der lateralen Nierenoberfläche, parallel und etwa $^1/_2$—$^3/_4$ cm dorsalwärts vom Sectionsschnitt, etwas schräg, ventralwärts auf das Nierenbecken zu. Mit diesem Schnitt wird man einerseits in denjenigen Fällen, in denen das Nierenbecken sehr klein ist, am ehesten in dasselbe gelangen und andererseits die meisten Chancen haben, keine größeren arteriellen Aeste zu durchschneiden, die Blutung und die danach auftretenden Coliken auf ein Minimum herabzusetzen und vor Allem möglichst viel von dem lebenswichtigen Nierengewebe zu erhalten.

Lohnstein.

DDr. E. v. Czylharz und J. Donath (Wien): **Ueber die Ausscheidung des Methylenblau durch normale und pathologische Nieren.** (Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 24.)

Aus den Untersuchungen der Verff. ergiebt sich die theoretisch interessante Thatsache, daß bei Nephritis eine Verzögerung der Ausscheidung des Methylenblau durch den Harn vorkommt. Dieselbe kann sich sowohl

durch ein verspätetes Auftreten des Farbstoffes im Harn, wie durch eine abnorm lange Andauer der Ausscheidung desselben, oder auch durch beide Momente zugleich äußern. Ein verspätetes Auftreten konnten die Verff. in eclatanter Weise nur in zwei Fällen von Schrumpfniere constatiren, während andererseits in vier anderen Fällen das Auftreten der Reaction normal war. Bei allen übrigen Formen bewegte sich der Reactionseintritt in normalen Grenzen.

Bezüglich der verlängerten Ausscheidungsdauer konnten die Verff. einen Unterschied zwischen den einzelnen Nephritisformen nicht feststellen, sondern nur wahrnehmen, daß eine Verlängerung der Ausscheidung zwar häufiger, aber nicht ausschließlich bei Nephritis vorkommt. M. L.

Huchard: **Contre la néphrite.** (Le progrès médical 1899, No. 22.)

Rp. Tinctur. Grindeliae robustae . . 30,0
Tinctur. Convallariae majalis . . 10,0
Tinctur. Scillae 5,0
MDS. dreimal täglich 15 Tropfen z. n.

Immerwahr (Berlin).

Privatdocent Lwow: **Ueber die Indicationen der Schwangerschaftsunterbrechung bei Nierenkrankheiten.** (Vortrag auf dem VII. Congreß der russischen Aerzte zu Kasan. Wratsch 1899, No. 24.)

Den Ausführungen L.'s liegen sowohl zahlreiche eigene Beobachtungen, sowie auch eingehendes Studium der Litteratur zu Grunde. Seine eigenen, einer 10jährigen Praxis entstammenden Beobachtungen umfassen 81 Fälle von Nierenkrankheiten bei Schwangeren, darunter 46 Fälle von sogenannter Schwangerschaftsniere, 29 Fälle von chronischer parenchymatöser, 5 Fälle von acuter parenchymatöser und einen Fall von interstitieller Nephritis. Bei 59 Schwangeren erreichte die Schwangerschaft ihr normales Ende nicht, 20 Frauen gebaren tote Kinder und 10 starben. Schon aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß die Nierenkrankheit eine sehr schwere Complication der Schwangerschaft ist, die energisches Eingreifen erfordert. Das sicherste Mittel ist die rechtzeitige Schwangerschaftsunterbrechung, welche, wie L. an der Hand eingehender Untersuchungen beweist, nicht nur die Mutter, sondern auch das Kind zu retten vermag. L. gelangt in Folge dessen zu dem Schluß, daß die Schwangerschaftsunterbrechung in Form eines künstlichen, legalen Abortus oder künstlicher Frühgeburt bei Nierenkrankheiten durchaus indicirt ist. Die näheren Bedingungen, welche die Schwangerschaftsunterbrechung erforderlich machen, formulirt L. folgendermaßen:

1. Bei sogenannter Schwangerschaftsniere tritt die Indication zur Schwangerschaftsunterbrechung dann ein, wenn die Krankheit trotz der Behandlung Fortschritte macht, die Eiweißmenge im Harn nicht abnimmt und das tägliche Harnquantum sich nicht vergrößert. Da die Krankheit

gewöhnlich um den sechsten Schwangerschaftsmonat beginnt und die Kranken erst nach 2—3 Wochen ärztliche Hilfe aufsuchen, so wird die Behandlung gewöhnlich um den siebenten Schwangerschaftsmonat eingeleitet. Führt dieselbe innerhalb 7—15 Tagen nicht zum Ziel, so ist in der zweiten Hälfte des achten Schwangerschaftsmonates, falls die Frucht lebensfähig ist, die Schwangerschaftsunterbrechung indicirt.

2. Bei acuter parenchymatöser Nephritis, in welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft sich dieselbe auch entwickelt haben mag, ist die Schwangerschaft sofort zu unterbrechen, da man nur auf diesem Wege Leben und Gesundheit der Frau zu erhalten vermag. Auf das Leben der Frucht wird in diesem Fall keine Rücksicht genommen.

3. Bei chronischer Nephritis ist die Schwangerschaftsunterbrechung angezeigt, wenn die Oedeme während der Schwangerschaft rasch zuzunehmen beginnen, das tägliche Harnquantum ab- und die Eiweißmenge im Harn zunimmt. Lubowski.

Dr. Pribram: **Neue Beiträge zur Casuistik der intermittirenden Albuminurie der Adolescenten.** (Aus den Verhandlungen des XVII. Congresses für innere Medicin. Nach dem Collectivbericht der Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.)

Als Ergebnis einer Jahre lang fortgesetzten Untersuchung jeder einzeln gelassenen Harnportion von 15 diesbezüglichen Kranken, welche niemals im centrifugirten Harn morphotische Elemente aus der Niere dargeboten haben, teilt P. nachstehende Thatsachen mit:

Die Albuminurie (bis zu 1‰) trat nur bei aufrechter Stellung und körperlicher Bewegung ein, kam plötzlich und schwand rasch, war nie im Morgenharn nachweisbar. In den Stunden der Albuminurie war das specifische Gewicht immer sehr hoch; bei manchen Harnen erstarrte bei der Hellerschen Eiweiß-Ringprobe der aufgeschichtete Harn binnen einigen Stunden zu einem Krystallbrei von salpetersaurem Harnstoff. Jedes Mal war nebst der Albuminurie deutlich Trübung bei starkem Essigsäurezusatz (bei Ausschluß von Uraten) (mucinoide Substanz, Nucleoalbumin?).

Picrinsäure (Esbach'sches Reagens) ergab oft weit stärkere Fällung, als dem Eiweißgehalte entsprach. Diese Fällung unterschied sich von der gallertartigen Eiweißfällung durch das rasche Auftreten schneeflockenähnlicher Krystallmassen, welche sich rasch von der Flüssigkeit absetzen. Die Krystalle bestehen aus Drusen, Büscheln und Nadeln, welche an dem einen Ende oft gabelig oder pinselförmig erscheinen. Sie bestehen der Hauptsache nach aus Kalipicrat (über 50 pCt.) mit Natronpicrat (ca. 25 pCt.) und organischen Beimengungen. Durch fractionirtes Umkrystallisiren in der Kälte bekommt man noch kaliumreiche Krystalle.

Bei anderen Kranken, auch hoch fiebernden und bei Gesunden wurden durch Esbach ähnliche Krystalle nicht erhalten, auch nicht bei Nephritikern. Zusammenhang mit der Nahrung ist nicht nachweisbar, Fieber ausgeschlossen.

Dagegen tritt bei Gesunden durch innerlichen Gebrauch von größeren Mengen von Kalium citricum gleichfalls unter Umständen das Auskrystallisiren von Kalipicratkrystallen bei der Esbach'schen Probe ein. Der eiweiß- und krystallfreie Morgenharn hat einen gewöhnlichen Gehalt an Kalium und Natrium. Der Eiweißpicratkrystalle gebende Mittagharn der gleichen Kranken (nach Körperbewegungen und vor dem Essen) enthielt 2—3mal soviel Kalium, aber weniger Natrium, als der Morgenharn (0,7—1 pCt. KCl). Das Auftreten der Kalipicratlösung erklärt sich durch die Schwerlöslichkeit des Kalium in Wasser und die gleichzeitige starke Saturation (hohes specifisches Gewicht) der betreffenden Harne. Nicht alle Eiweißharne der Adolescenten gaben die Picratfällung.

Neigung zur Albuminurie und zur Krystallbildung traten bei wachsenden Individuen cyklisch auf in den Zeiträumen rascheren Längenwachstums des Körpers, besonders der distalen Knochen, neben chlorotischen Erscheinungen — insbesondere Erythrocyten — und starker Hämoglobinverminderung. Mit dem Langsamerwerden des Körperwachstums schwand die Neigung zur Albuminurie auch bei starken Bewegungen, ebenso unter Liege- und Mastkur bei vielen Fällen dauernd. M. L.

Dr. Hadra: **Wanderniere und Appendicitis.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 9.)

Vor einiger Zeit hat sich Edebohls dahin ausgesprochen, daß zwischen Appendicitis und Wanderniere, deren häufiges Zusammentreffen bei einer und derselben Person eine allgemeine Thatsache ist, ein Causalverhältnis bestehe (cf. diese Monatsberichte 1898, S. 692).

Den Behauptungen Edebohls' tritt nun Verf. entgegen. Er glaubt an ein Causalverhältnis zwischen Wanderniere und Appendicitis nicht und meint, daß von einander unabhängiges Zusammentreffen zweier so häufiger Leiden oft stattfinden muß. Die 12 Appendicitisheilungen, welche ohne Weiteres nach Nephropexie eintraten, und welche von Edebohls als Beweis für den von ihm gegebenen Causalnexus citirt werden, wären nach Verf. ganz gut durch die lange Bettruhe und die sorgfältige Nachbehandlung zu erklären, die ja solchen Operationen selbstverständlich folgt, die zeitweilige oder auch permanente Heilung herbeigeführt haben. Vielleicht wird eine spätere Untersuchung die Anzahl solcher Heilungen wesentlich verkleinern. Auch steht der Beweis aus, daß nicht einige der Edebohls'schen Fälle nach der bloßen Appendicitisoperation ohne Nephropexie vollständig geheilt worden wären.

Was Edebohls' Operationsmethode betrifft, die er für gleichzeitige Besorgung der beiden Krankheitszustände empfiehlt, so ist sie sicher viel gefährlicher, als die gewöhnlichen Operationen, separat ausgeführt. Verf. würde immer erst die Appendixoperation vornehmen, in der Hoffnung, daß der Erfolg derselben die Nephropexie überflüssig machen würde.

Lohnstein.

Coplin Stinson: **Nephroraphie und gleichzeitige Entleerung des Wurmfortsatzes durch Lumbalschnitt bei rechtsseitiger Wanderniere und schmerzhafter Appendicitis.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 28.)

Da die Schmerzen bei der Patientin auch nach der Reposition der Niere über den Wurmfortsatz fortbestanden, entschloß man sich zur Operation. Lumbale Incision am äußeren Rande des M. erector spinalis von der zwölften Rippe ab bis nahe an die Crista ilei, die Gewebe bis auf die Niere durchtrennt, die Fettkapsel gefaßt und vertical gedreht. Die Niere wurde durch Druck auf die rechte Seite des Abdomens in die Wunde gebracht und nach gründlicher Inspection und Palpation die Tunica propria durch Zurückschieben der Fettkapsel freigelegt. Das Peritoneum wurde an der äußeren Seite der Niere und lateral vom Colon eröffnet; Appendix vermiformis, Cöcum etc. wurden in die Wunde gezogen. Bei genauer Palpation zeigte sich, daß der Wurmfortsatz eine geringe Masse von mäßig fester Consistenz enthielt, im Uebrigen aber keine Zeichen von Infection oder Entzündung bot. Der Inhalt des Wurmfortsatzes wurde durch vorsichtiges Streichen vom distalen zum proximalen Ende in das Cöcum geschoben. Aller Wahrscheinlichkeit nach war dies halbsolide Concrement die Ursache der über dem Processus vermiformis gefühlten Schmerzen, zumal auch diese Symptome nach der Operation nicht wieder auftraten. Der Wurmfortsatz, der, da er normal erschien, nicht exstirpirt wurde, wurde mit dem Cöcum etc. an seine normale Stelle zurückgebracht, der Schlitz im Peritoneum geschlossen und die Niere an die Fascia lumbalis mit vier Knopfnähten von Känguruhsehne, die liegen blieben, fixirt. Die Musculatur wurde ebenfalls mit Känguruhsehnen genäht und die Hautwunde mit feiner Seide geschlossen. Die Patientin erholte sich rasch, die Wunde heilte per primam. M. L.

Dr. A. Moutier: **Ueber die Anwendung der Electricität bei Chole- und Nephrolithiasis.** (Annales d'électrobiologie 1899, Heft 1. Referirt nach Wratsch 1899, No. 17.)

Verf. hat in einigen Fällen von Chole- und Nephrolithiasis Electrisirung mit hochgespannten Strömen mit großer Anzahl von Unterbrechungen angewandt und sehr befriedigende Resultate erzielt. In sämtlichen Fällen hatte die Anwendung der Electricität zu dauernder Befreiung der Patienten von den früher häufigen Kolikanfällen geführt. Die günstige Wirkung der Electrisirung führt Verf. darauf zurück, daß die Steinkrankheit einerseits Folge herabgesetzten Stoffwechsels ist und daß andererseits der Wechselstrom ein mächtiges Mittel zur Anregung des Stoffwechsels darstellt.

M. L.

Nélaton: **Néphrotomie pour anurie.** (Le progrès médical 1899, No. 23.)

Eine Frau wurde operirt, weil man glaubte, daß sie einen großen Ovarialtumor hätte. Bei der Operation erkannte man, daß es sich um eine

colossale Hydronephrose handelte; die linke Niere war in einen mehrlappigen, fibrösen Sack verwandelt. Es fanden sich weder Gries noch Steine. Die Operation verlief glatt, die Kranke schien geheilt zu sein, als sie plötzlich am achten Tage Schmerzen in der rechten Niere und complete Anurie bekam. Da dieser Zustand andauerte, wurde nach 48 Stunden die rechtsseitige Nephrotomie gemacht, ein Drain in's Nierenbecken eingelegt und die Wunde wieder geschlossen. Der Urin floß jetzt durch das Drainrohr ab. Erst am sechsten Tage ging der Urin teilweise auf normalem Wege ab, aber so unregelmäßig, daß man schon an der Heilung verzweifelte. Die Tagesmenge des durch die Blase abgehenden Urins schwankte zwischen 100 und 1500 g. Erst am 40. Tage war die Patientin vollständig geheilt. Immerwahr (Berlin).

Prof. Praxin: **Fall von Exstirpation einer sarcomatösen degenerirten Niere bei einem 9½ Monate alten Kinde.** (Vortrag, gehalten auf dem VII. Congreß der russischen Aerzte zu Kasan. Wratsch 1899, No. 27.)

Die colossale Geschwulst füllte fast die ganze rechte Hälfte der Bauchhöhle aus. Bei der Laparotomie fand man die Geschwulst in transperitonealem Raume liegen hinter dem Blinddarm und dem aufsteigenden Teile des Dickdarmes, welche beide nach vorn und innen verdrängt waren. Nach Incision des hinteren Peritoneum parietale wurde die Geschwulst herausgeschält und nach Unterbindung des Stieles entfernt. Die transperitoneale Höhle wurde tamponirt und von der Bauchhöhle mittels auf dem Peritoneum angelegter Nähte abgesondert. Vollständige Heilung in 14 Tagen. Die 754 g wiegende Geschwulst erwies sich als alveolares Sarcom der Niere. Li.

Prof. Zoege v. Manteuffel (Dorpat): **Exstirpation eines Nierencarcinoms mit Resection eines Carcinomknotens aus der Wand der Vena cava. Heilung.** (Centralbl. f. Chirurgie 1899, No. 27.)

Bei dem 49 Jahre alten Patienten ergab die Palpation zwischen rechtem Rippenbogen und Spina ant. sup. ilei einen rundlichen, harten, über kindskopfgroßen Tumor von glatter Oberfläche. Nach Lage, Größe, Gestalt und Wachstumsdauer konnte die Geschwulst nur für ein Nierencarcinom gehalten werden. Bei der Operation glaubte Verf. sich auf Verwachsungen vielleicht mit der Leber gefaßt machen zu müssen. Nach genügender Vorbereitung durch Abführungsmittel, Bäder etc. Operation: Unterstützte Seitenlage, Narcose, mit Chloroform begonnen, mit Aether fortgesetzt. Der Schnitt beginnt auf dem Rande des Erector trunci über der 12. Rippe und geht in sanftem Bogen quer über die Geschwulst bis an den äußeren Rand des Rectus abdominis. Nach Durchtrennung der Bauchdecken findet sich die Capsula adiposa renis bereits von Carcinommassen stellenweise infiltrirt. Nach stumpfer Auslösung des oberen und unteren Nierenpols, natürlich samt Capsula adiposa, wird der Ureter freigelegt, doppelt unterbunden und

durchschnitten, das periphere Ende desinficirt und versenkt. Dann werden die Nierengefäße zwischen zwei Ligaturen durchtrennt, was recht mühsam ist, da die Niere sich absolut nicht vorwälzen läßt. Auch nach der Unterbindung des Stiels haftet sie in der Gegend der Wirbelsäule fest. Es wird daher Peritoneum und Colon medianwärts abgehoben und das erstere eröffnet. Es findet sich nun Folgendes: Der Tumor sitzt der Vena cava mit einem 6 cm breiten, 1 cm dicken Stiel direct auf oder ist vielmehr in genannter Ausdehnung durch die Venenwand hindurchgewachsen. Er bildet im Innern der Vene einen weiß durchschimmernden, ca. 10 cm langen und reichlich fingerdicken Fortsatz, an dem noch weitere astförmige Appendices im Strom des venösen Blutes aufwärts flottiren. Verf. entschloß sich, den Tumor aus der Cava zu exstirpiren. Zu dem Zweck mußte vor Allem ein Abbröckeln und Verschleppen von Teilen vermieden werden. Er legte also eine mit Gummidrains überzogene, weich federnde Collin'sche Magenklemme dicht unter dem Zwerchfell, einen Zoll oberhalb der letzten flottirenden Fortsätze an die Vena cava und war nun sicher, daß keine Bröckel der Neubildung während der weiteren Manipulation sich ablösen und in die Lungen geraten konnten. Dann trennte er den Haupttumor so ab, daß noch ein guter Stiel an der Vene sitzen blieb; diesen ergriff er mit der Muzeux-schen Zange und umschnitt nun, während ein Assistent die prall gefüllte Cava unterhalb gegen die Wirbelsäule comprimirte, die carcinomatöse Stelle der Venenwand im Gesunden. Die etwa 9 cm lange und $2^1/_2$ cm breite Oeffnung schloß der leicht angezogene Tumor ab, so daß dieser Act der Operation völlig trocken verlief. Als aber der Tumor völlig entwickelt war, stürzte Blut im Schwalle nach! Verf. hatte vergessen, die Vena renalis der anderen Seite zu comprimiren (Schede). Sofort schloß er durch Druck mit der äußeren Kante der rechten Hand die zuführende Renalis und nähte fortlaufend mit der linken die Oeffnung in der Vene zu. Nach der ersten Naht übergab er die Compression dem Assistenten und übernähte in zweiter Reihe die noch unter dem Druck aus der Peripherie leicht blutende Nahtlinie. Jetzt blutete nach Entfernung der comprimirenden Hände nur noch der oberste Stichcanal etwas. Nachdem er dann noch das Compressorium am Zwerchfell entfernt und anliegendes Bindegewebe über die Nahtstelle durch eine Knopfnaht hinübergezogen, stand die Blutung völlig, und der venöse Strom nahm einen normalen Lauf — an der Nahtstelle allerdings auf die Hälfte seines eigentlichen Lumens eingeschränkt. Das Compressorium an der Cava hatte im Ganzen 15 Minuten gelegen, der bis dahin gute Puls war dabei schlecht und kaum fühlbar geworden. Nach Entfernung der Klemme hob sich der Puls im Laufe von zwei Minuten, wurde gut und voll. Verf. beendete dann die Operation rasch, indem er das Peritoneum fortlaufend, die Musculatur mit Kopfnähten, die Haut mit Silk schloß. Am Petit'schen Dreieck ließ er eine Oeffnung, durch die er eine extraperitoneal den Stumpf der Nierengefäße erreichende Jodoformgazecompresse herausleitete. Nach der 54 Minuten dauernden Operation war Pat. etwas collabirt, erhielt zwei Spritzen Campher und 400 ccm Kochsalz subcutan. Danach

hob sich der Puls wieder. Die erste Zeit nach der Operation waren Spuren von Eiweiß und Cylinder im Harn zu bemerken gewesen. Sie verschwanden völlig am Ende der zweiten Woche. Bei der Entlassung keinerlei abnorme Bestandteile im Harn. Narbe überall weich, Lungen völlig frei, beträchtliche Gewichtszunahme. M. L.

Dr. Hohlbeck: **Ueber Nierenverletzungen und ihre Behandlung.** (Protocolle des X. Aerztetages livländischer Aerzte in Wilmar. St. Petersburg 1899.)

Die Nierenverletzungen gehören zu den selteneren Erkrankungen des menschlichen Körpers. Teilt man die Nierenverletzungen in subcutane und percutane ein, so stehen, was ihre Häufigkeit anbelangt, die subcutanen Verletzungen, mit denen man es in Friedenszeiten fast ausschließlich zu thun hat, obenan, dann folgen von den percutanen die Schußverletzungen, und zuletzt kommen die Stich- und Schnittverletzungen, die von allen Autoren als große Seltenheit bezeichnet werden. Auf das weibliche Geschlecht kommen 6,02 pCt. aller Nierenverletzungen, welcher Umstand durch die größeren Gefahren ausgesetzten männlichen Berufsarten, teilweise aber durch die Verschiedenheit des Körperbaues und der Kleidung zu erklären ist. Die Nieren sollen beim Weibe einen größeren Schutz durch die breit auslaufenden Darmbeinkämme und das darüber gelagerte Fettpolster einerseits und die vielen übereinander getragenen Röcke andererseits finden.

Die Symptome der subcutanen Nierenverletzungen teilt man in allgemeine, locale und entfernte ein. Zu den allgemeinen Symptomen gehören: Uebelkeit, Singultus, Erbrechen, Shock, Anämie; zu den localen: Schmerz, Ecchymosenbildung in der Lumbalgegend und die Bildung einer Blutgeschwulst. Unter die entfernten Symptome werden gerechnet: die Hämaturie, Ecchymosenbildung in der Inguinal-, Scrotal- und inneren Schenkelgegend und die irradiirenden Schmerzen in den Hoden, an der Peniswurzel und im Perinäum. Der primäre Schmerz in der Nierengegend ist das constanteste Symptom, welches die subcutanen Nierenverletzungen begleitet, man wird ihn wohl kaum in einem Fall vermissen. Zum Unterschied von anderen, in Folge einer Nierenverletzung im Verlauf derselben auftretenden Schmerzen strahlt der primäre Schmerz höchst selten aus. Seine durchschnittliche Dauer beträgt 14—20 Tage. Neben dem primären Lendenschmerz ist es die Blutung in ihren verschiedenen Formen, welche zu den Cardinalsymptomen einer subcutanen Nierenverletzung gehört. Die Blutung kann sich in dreifacher Weise manifestiren: es kann zur Bildung eines perirenalen Blutergusses kommen, es kann Hämaturie auftreten, und drittens kann sich das Blut bei Verletzung des Bauchfelles in die Peritonealhöhle ergießen. Der Bluterguß in das perirenale Gewebe bildet sich meistens schon in den ersten Stunden nach der Verletzung aus, selten tritt er später auf. Er ist percutorisch aus der durch ihn erzeugten Dämpfung in der betreffenden Lendengegend zu constatiren, palpatorisch gelingt es, eine vermehrte Resistenz oder einen vollständig abgrenzbaren Tumor zu fühlen

Der dritte und gefährlichste Weg, den die Blutung einschlagen kann, ist durch einen Riß im Peritoneum in die Bauchhöhle, jedoch gehört dieses Ereignis zu den größten Seltenheiten und wird hauptsächlich bei Kindern beobachtet, wo das Peritoneum der Niere directer ohne Interposition eines dickeren Fettzellgewebes anliegt. Läsionen des Bauchfelles begleiten ausnahmslos die die Nierenverletzungen complicirenden Verletzungen der anderen Unterleibsdrüsen.

Von den Complicationen, die im Verlauf von Nierenverletzungen auftreten, sind die Nieren- und Blasencoliken durch Verstopfen der Ureteren resp. der Urethra im Ganzen recht häufig.

In Bezug auf die Prognose der subcutanen Nierenverletzungen ist eine wesentliche Scheidung zwischen complicirten und uncomplicirten Fällen einzuhalten. Von den uncomplicirten starben nach Küster 30,18 pCt., von den complicirten 91,6 pCt. Der Tod durch Verblutung trat in 140 von Fey zusammengestellten Fällen 28mal ein, jedoch ist an dem von allen Autoren übereinstimmend angegebenen Satz festzuhalten, daß bei subcutanen Nierenverletzungen Blutungen, selbst aus Nierengefäßen erster Ordnung, durch spontane Thrombenbildung zum Stillstand kommen. Letztere Thatsache ist für die Therapie von größter Bedeutung. Die Prognose der Stichverletzungen ist bedeutend günstiger als die der subcutanen. Auf die complicirten Fälle kommen bei diesen 23,5 pCt. Mortalität, auf die uncomplicirten 12,9 pCt.

Bezüglich der Behandlung der Nierenverletzungen machen sich zwei entgegengesetzte Richtungen geltend, die eine, die das primäre active Vorgehen befürwortet, die andere, welche sich für ein exspectatives Verhalten ausspricht. Diejenigen Momente, welche die exspectative Behandlung berechtigt erscheinen lassen, sind: erstens die Thatsache, daß selbst die schwersten Blutungen bei subcutanen Nierenrupturen spontan zum Stillstand kommen und nach schwerem Collaps sich die Kranken erholen. Verletzungen des Peritoneums und damit verbundene Verblutungsgefahr sind namentlich bei Erwachsenen höchst selten. Nach Ausheilung ausgedehnter Nierenverletzungen kann secretionsfähiges Nierenparenchym nachbleiben. Dasselbe gilt auch für die meisten Schnitt- und Stichverletzungen der Niere, nur in den Fällen mit weit klaffenden Wunden mit starkem Urin- und Blutausfluß wird ein rasches operatives Verfahren nötig sein, in allen übrigen Fällen sollte das exspectative Verfahren versucht werden.

Die im Stadtkrankenhause zu Riga beobachteten 12 Fälle subcutaner und 2 Fälle percutaner Nierenverletzung, welche vorliegender Arbeit zu Grunde liegen, sind alle exspectativ behandelt worden. Die drei letal verlaufenen Fälle waren mit schweren Verletzungen anderer Organe complicirt und wären wohl durch ein operatives Vorgehen, welches außerdem wegen des Zustandes der Verletzten nicht ausführbar war, nicht gerettet worden. Die Behandlung bestand in absoluter Bettruhe, die so lange wie möglich, durchschnittlich 3—4 Wochen, durchgeführt werden muß, um Recidive der Blutung zu verhüten. Der Leib wurde mit einer breiten Parchentbinde eingebunden, über die noch eine nicht zu fest angelegte Gummibinde kam.

Auf die Nierengegend wurde Eis applicirt. In der ersten Zeit namentlich muß strenge Diät beobachtet werden; durch Darreichung von Milch und alkalischen Getränken ist für eine gute Diurese zu sorgen. Da der Durchgang von Kotballen durch das Colon einen mechanischen Reiz auf die Niere ausüben kann, ist der Stuhlgang zu regeln, und zwar der Stuhl mehrere Tage lang durch Morphiuminjectionen anzuhalten. Gegen die Uebelkeit und das Erbrechen werden Eispillen gegeben. Bei starken Schmerzen wird man zu Morphiuminjectionen greifen müssen. Bei bestehender reflectorischer Urinretention soll katheterisirt werden, wie überhaupt auf eine regelmäßige Urinentleerung zu achten ist. Selbstverständlich muß der Katheterismus unter Beobachtung peinlichster Asepsis durchgeführt werden. Bei Verstopfung der Urethra durch Blutcoagula und dadurch bedingte Anurie sind die verschiedensten Verfahren proponirt worden, hierher gehören die Aspiration der Gerinnsel mittelst eines Bigelow, oder Absaugen des Blutserums und des Urins mit Hilfe eines Dieulafoys, in extremen Fällen ist die Sectio alta gemacht worden. Glücklicher Weise kommen solche Verstopfungen sehr selten vor. Dem Eintritt einer Eiterung ist durch sorgfältige Säuberung der Haut in der Umgebung von Excoriationen bei subcutaner und der Wunden bei percutaner Nierenverletzung, sowie Anlegen eines gut aufsaugenden aseptischen Verbandes bei letzteren vorzubeugen. Falls Eiterung constatirt ist, muß natürlich sofort operativ eingeschritten werden. Von der Ausbreitung und Localisation des Processes wird es abhängen, ob man sich blos mit einer Incision begnügt oder zur Nephrectomie resp. Nephrotomie schreiten muß. Li.

Dr. A. Posselt: **Beitrag zur Casuistik des Morbus Addisonii.** (Vortrag und Demonstration in der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck. Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 21.)

Bei der 25jährigen Patientin wurde die Diagnose auf chronische Tuberculose der Lungen mit Cavernenbildung, tuberculöse Enteritis und Tuberculose der Nebennieren mit Morbus Addisonii gestellt. Der Kranke wird mit Nebennierenextract behandelt (2—3mal täglich 0,2). Die bisherige Behandlung ergab eine Zunahme des Blutdruckes, Steigerung der Harnausscheidung, vorübergehende Besserung des subjectiven Befindens, dagegen nahm die Pigmentirung eher zu. Das Körpergewicht verringert sich von Woche zu Woche.

Während in vorstehendem Falle die Behandlung mit Nebennierenextract fast vollkommen erfolglos blieb, wurde im nachstehenden Falle durch diese Behandlung eine günstige Beeinflussung des Krankheitszustandes bewirkt. Dieser Fall ist außerdem noch dadurch von Interesse, daß der M. Addisonii hier traumatischen Ursprungs war. Der Patient fiel anfangs September 1896 von einem Sockel herab mit der rechten Seite auf eine scharfe Winkelkante auf. Der Sturz erfolgte mit der ganzen Wucht des Körpers. Seit der Zeit verspürte er gerade unter dem Rippenbogen, dort, wo er auffiel,

Schmerzen. Im December 1896 ließ sein Appetit immer nach; anfangs Januar 1897 trat nach dem Essen ein gewisses Brennen in der Magengegend auf. Nach einigen Wochen überfielen ihn hin und wieder Uebelkeiten, welche im Verlauf der Zeit zunahmen. Bald gesellte sich Mattigkeit und anfallsweise stärkeres Ermüdungsgefühl hinzu. Gleichzeitig bemerkte der Patient, daß an den Händen bräunliche Flecke auftraten; bald bemerkte er auch, daß sich das Gesicht schmutzig schwarz-braun verfärbte, besonders in der Schläfengegend in der Nähe der Haargrenze. Seit einem Jahr magerte der Patient ab. Da für die enorme Cachexie und Schwäche, wie für die Pigmentanomalie der Haut sich keinerlei andere Erklärungsmomente finden ließen, so wurde die Diagnose auf M. Addisonii, und zwar in Folge des schweren, in der rechten Seite (Nebennierengegend) erlittenen Traumas gestellt. Der Patient wurde einer Behandlung mit Nebennierenextract unterzogen, und zwar bekam er täglich 2—3 mal 0,2 g. Der Effect war nach einer Reihe von Monaten eine bedeutende Steigerung des Blutdrucks, vermehrte Diurese, Zunahme des Körpergewichts, auffällige Besserung des subjectiven Befindens und mäßige Aufhellung der diffusen Bräunung. Der Patient vermag jetzt seiner Beschäftigung nachzugehen; von Zeit zu Zeit wird die Nebennierenbehandlung wiederholt. M. L.

Dr. Fr. Vollbracht: **Ein Fall von Morbus Addisonii nach vorausgegangener Purpura haemorrhagica.** (Wiener kl. Wochenschrift 1899, No. 28.)

Die 15jährige Patientin erkrankte unter krampfartigen Schmerzen, die links stärker als rechts gegen den Nabel zu ausstrahlten; zugleich bestanden Uebelkeit, sich steigernde Mattigkeit, Schwindel, Ohrensausen; nach diesen Prodromen traten am Ende der zweiten Woche subcutane Hämorrhagien auf, und Patientin begab sich Ende der dritten Woche in's Krankenhaus. Fieber bestand nie. Im Harn viel Albumen und nur wenig Formelemente. Am 20. Tage zeigte sich plötzlich Blut im Harn in reichlicher Menge, nachdem Albumen von Esbach 11‰ auf ½‰ rasch gesunken war; dabei wenig Formelemente, wenig Nierenepithelien. Nach 10 Tagen fand sich kein Blut mehr im Harn, und Patientin verläßt gebessert das Krankenhaus. 11 Monate nach der Purpura haem. — Patientin fühlte sich inzwischen ziemlich wohl — kommt sie mit typischem Morb. Addisonii in's Krankenhaus. Der Beginn der jetzigen Erkrankung wird von der Patientin als plötzlich bezeichnet. Nachdem Patientin durch 32 Tage mit Nebennierenextract behandelt wurde, wird sie gebessert entlassen. Circa 1½ Monate später stellten sich plötzlich Uebelkeiten, Erbrechen, Adynamie, Schlafsucht ein, welche Symptome rasch an Intensität zunahmen und binnen fünf Tagen zu Bewußtlosigkeit, Delirien und zeitweilig sich einstellenden Krämpfen, Aufschreien und Fieber führten. Am siebenten Tage Exitus letalis. M. L.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Spermatorrhoe als Complication einer gonorrhoischen Urethritis.

Von

A. von Wahl,

Assistent am kaiserl. klinischen Institut der Großfürstin Helena Pawlowna (St. Petersburg).

Bekanntlich spielt die chronische Gonorrhoe in der Aetiologie der Spermatorrhoe eine nicht geringe Rolle. Fürbringer (1) giebt an, daß ca. 20 pCt. seiner Kranken mit chronischer Gonorrhoe an latenter Spermatorrhoe litten.

Als Hauptursache des krankhaften Samenflusses in diesen Fällen muß die chronische Entzündung des prostatischen Teiles der Urethra angenommen werden, welche schwächend auf die Musculatur der Ductus ejaculatorii wirkt.

Jedoch sprechen die Beobachtungen vieler Autoren dafür, daß nicht nur chronische, sondern auch acute Entzündungszustände der Pars posterior im Stande sind, Spermatorrhoe hervorzurufen. So führt z. B. Fürbringer einen Fall an, in dem Spermatorrhoe (Mictions- und Defäcationsspermatorrhoe) nach Injection von Bleiwasser in die Blase entstand.

Um so auffallender erschien es mir, als ich in der mir zu Gebote stehenden Litteratur keinen Fall fand, in dem Spermatorrhoe im Anschluß an eine acute gonorrhoische Urethritis aufgetreten, was a priori nach dem oben Gesagten nicht auszuschließen wäre. Ich erlaube mir daher, einen diesbezüglichen Fall aus meiner Praxis zu veröffentlichen.

Der 19jährige Patient, stud. med., um den es sich in meinem Falle handelt, hat früher nie an Gonorrhoe gelitten und bietet am Tage der ersten Untersuchung (10. Februar 1898) folgenden Befund dar:

Schleimig-eitriger Ausfluß; Patient hat denselben vor einer Woche bemerkt. Die zweite Harnportion ist klar. Die mikroskopische Untersuchung des Secrets ergiebt das Vorhandensein nicht allzu zahlreicher, doch characteristischer intra- und extracellulärer Gonokokken, die sich nach Gram prompt entfärben. Therapie: Prolongirte $^1/_4$ proc. Protargolinjectionen genau nach Neisser's (2) erster Angabe.

Am 14. Februar sind bereits keine Gonokokken mikroskopisch im Ausfluß nachweisbar. Der Ausfluß ist schleimig, die zweite Harnportion klar.

Am 19. Februar ist kein Ausfluß mehr vorhanden, doch sind beide Harnportionen stark getrübt. In der ersten Portion sind Fäden vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes Resultat: Die Fäden der ersten Portion bestanden fast ausschließlich aus Eiterzellen, mit spärlichen, doch characteristischen intracellulären Gonokokken, um den Faden herum lagen vereinzelte Spermatozoen. Letzterer Befund und das ungewöhnlich opalescirende Aussehen der Harntrübung veranlaßten mich, die letztere ebenfalls einer mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen. Die Trübung beider Portionen ergab ein gleiches Resultat: zerstreute Eiterzellen, keine Gonokokken und massenhaft Spermatozoen.

Es handelte sich also in diesem Falle um eine subacute Urethritis post. (subjective Beschwerden fehlten), der sich eine Mictionsspermatorrhoe angeschlossen hat.

Die folgenden Untersuchungen am 24. und 27. Februar ergaben genau dasselbe mikroskopische Bild, nur fehlten die Gonokokken. Dagegen fanden sich jetzt außer Spermatozoen auch Hodenzellen. Bestandteile des Prostatasecrets (Prostatakörner, geschichtete Amyloiden, geschwänzte Epithelien) fehlten beständig. Es handelte sich also in meinem Falle um reine Spermatorrhoe, und zwar um Mictionsspermatorrhoe, da Patient nie unfreiwilligen Samenabfluß bemerkt und auch nie nach der Defäcation einen Tropfen am Orificium urethrae erscheinen gesehen hat.

Erwähnenswert ist noch der Umstand, daß am 27. Februar die erste Portion vollständig klar war und nur Fäden enthielt, während die zweite stark getrübt war und die Trübung aus Sperma bestand, der Samenfluß folglich zum Schluß des Mictionsactes vor sich ging.

Auch die Trübung als solche erfordert einige Berücksichtigung. Gleich nach dem Uriniren erscheint der Harn diffus getrübt, doch schon in kürzester Zeit teilt sich die Trübung vom Harn in Form weißlicher Flocken, um sich allmählich als glänzend weißes, opalescirendes Wölkchen am Boden des Glases niederzuschlagen.

In Berücksichtigung der Thatsache, daß scharfe Injectionen im Stande sind, Spermatorrhoe hervorzurufen, dachte ich an die Möglichkeit einer Reizung der Pars posterior urethrae durch die prolongirten Protargolinjectionen und setzte daher am 6. März jegliche Injectionsbehandlung aus. Allerdings waren am 13. und 18. März weniger Spermatozoen im Harn, da aber auch die Urethritis ihrem Ende zuging, so lag es auf der Hand, das Zurückgehen der Spermatorrhoe auf den Rückgang der Urethritis zurückzuführen.

Um mir darüber Klarheit zu verschaffen, beschloß ich (am 18. März) von Neuem Protargol anzuordnen, und zwar in stärkerer Dosis ($^3/_4$ bis 1 pCt.). Nichtsdestoweniger ging der Spermagehalt des Harns immer mehr zurück, und waren trotz fortgesetztem Protargolgebrauch vom 23. März an[1]) keine Spermatozoen im Harn mehr nachweisbar. Es ist somit anzunehmen, daß die Protargolinjectionen keinen Einfluß auf die Spermatorrhoe ausübten.

Was nun die Gonorrhoe betrifft, so nahm der Eitergehalt der Fäden von Mal zu Mal ab, und konnte ich am 13. März Leukocyten nur noch vereinzelt vorfinden. Kleinste schleimige Fäden mit Epithelzellen waren noch bis zum 30. März im Harn sichtbar.

Es fällt also das Aufhören der Spermatorrhoe mit der Heilung der Gonorrhoe zusammen.

Complicationen von Seiten der Samenbläschen waren per rectum nicht nachzuweisen, auch fehlten jegliche Schmerzempfindungen.

Auf Grund dieser Beobachtungen glaube ich mit Recht einen directen Zusammenhang der Spermatorrhoe mit der Urethritis annehmen zu dürfen. Eine gewisse neurasthenische Disposition des Kranken will ich ohne Weiteres zugeben, aber die Gonorrhoe muß doch als letzter Anstoß zur Entwicklung derselben angesehen werden.

Die Harntrübung in Folge von Spermatorrhoe kann zu diagnostischen Fehlern führen; bei einiger Aufmerksamkeit gelingt es jedoch meist schon makroskopisch, die spermatorrhoische Harntrübung von einer durch Eiterbeimischung bedingten Harntrübung zu unterscheiden, da die Trübung bei Spermagehalt sich durch eine characteristische opalescirende weiße Farbe von letzterer unterscheidet. Ferner bildet sich im ersten Fall überaus rasch (2—3 Minuten) ein flockiger Niederschlag in Form eines glänzend weißen Wölkchens, während Eiter im Harn der Trübung einen mehr gelblichen Ton giebt und mehr Zeit zum Sedimentiren braucht. Schleimige Trübung des Harns kann schon

---

[1]) Der Harn wurde noch bis zum 7. April zweimal wöchentlich untersucht.

leichter mit Spermatrübung verwechselt werden, doch auch Schleim setzt sich nie so schnell nieder und hat auch nicht den opalescirenden glänzenden Ton. Aehnlich verhält es sich mit der Phosphaturie, bei der außerdem, wie bekannt, die Trübung nach Zusatz von Säuren schwindet.

In den Lehrbüchern wird bei Besprechung der Diagnose der Gonorrhoe die Spermatorrhoe auffallender Weise gar nicht berücksichtigt, obgleich die Möglichkeit einer Täuschung nicht ausgeschlossen ist, wie aus obigen und auch aus anderen ähnlichen Fällen, die mir vorgekommen sind, hervorgeht.

So sagt Finger (3) in seinem Lehrbuch, daß man, falls die zweite Harnportion trüber ist als die erste, direct eine Cystitis, und zwar eine solche nicht gonorrhoischen Ursprungs annehmen könne; denn bei der gonorrhoischen Cystitis sind gewöhnlich beide Portionen gleich trübe, da zur ersten Portion der in der Urethra befindliche, zur zweiten der in der Blase sedimentirte Eiter beigemischt ist.

Dieselben Verhältnisse in der Verteilung der Harntrübung, wie bei der nicht gonorrhoischen Cystitis, können, wie wir gesehen haben, auch bei der Mictionsspermatorrhoe vorliegen, wenn der Samenausfluß zum Schluß der Miction vor sich geht.

In zweifelhaften Fällen giebt uns die mikroskopische Untersuchung stets die nötige Aufklärung über die Natur der Trübung.

Ich benutze zu diesem Zweck die von Auerbach zur Spermafärbung vorgeschlagene Methode (Doppelfärbung mit Methylenblau und Fuchsin). Auch die Pick-Jacobsohn'sche (4) und noch besser die Lanz'sche (5), speciell zur Gonokokkenfärbung empfohlene Methode geben gute Bilder. Die Samenfäden sind dann doppelt gefärbt: der Kopf hellblau, wobei der vordere dünnere Teil heller ist, der hintere dickere dunkler; das Halsstück, wie auch der Schwanz hellrosa. Um den Kopf ist häufig eine hellrosa gefärbte Hülle sichtbar. Die Hodenzellen sind entweder rot, oder violett gefärbt, und die kleinen characteristischen Kügelchen in ihnen heben sich durch ihre hellere Färbung scharf hervor. Bei Vorhandensein von Prostatasecret sehen wir die Lecitinkörperchen rot oder hellblau (seltener) gefärbt, die geschichteten Amyloiden blau, wobei deren Mitte und äußerster Ring häufig rosa sind.

Zur einfachen Färbung kann man am besten die violetten Anilinfarben (Gentianaviolett, Thionin) benutzen. Bei alleiniger Methylenblaufärbung bleiben die Schwänze, beim Fuchsin allein die Köpfe gewöhnlich ungefärbt.

Litteratur.

1) Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. Nothnagel's Spec. Pathol. u. Ther. 1895.
2) Neisser: Zur Behandlung der acuten Gonorrhoe. Ein neues Silberpräparat: Protargol. Prolongirte Injectionen. Derm. Centralbl. 1897, No. 1.
3) Finger: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 1896, IV. Aufl.
4) Pick und Jacobsohn: Eine neue Methode zur Färbung der Bacterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat Berl. klinische Wochenschrift 1896, No. 36.
5) Lanz: Ueber die Färbung des Trippersecrets mit Anilinfarbengemischen. Deutsche medicinische Wochenschrift 1893, No. 40.

I. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Dr. Herringham: **Versuche über die Toxicität des Harns.** (Vortrag in der Pathological Society of London. Originalbericht der Wiener med. Presse 1899, No. 32.)

Verf. konnte durch eigene Untersuchungen feststellen, daß die Giftigkeit des Harns seinem Gehalt an Kalisalzen vollständig proportional ist. Die Versuchstiere zeigten Miosis, Schläfrigkeit, Herabsetzung des Blutdruckes, Verlangsamung der Atmung, Temperaturerniedrigung, terminale Convulsionen, demnach ein der Urämie ähnliches Bild. M. L.

Dr. Kotschorowski: **Ueber die Giftigkeit des Harns der Neugeborenen.** (Petersburger Dissert. Wratsch 1899, No. 39.)

Zum Sammeln des Harns benutzte Verfasser den Apparat von Prof. Gundobin, der aus zwei Teilen besteht: aus einem schmalen, 8 cm langen Trichter und aus einer mit demselben verbundenen Kugel von 10 cm im Durchmesser. An dem unteren Teil der Kugel ist ein Hahn angebracht, mit dessen Hilfe man den Inhalt der Kugel auslaufen lassen kann. Der Trichter mündet in die Kugel mittelst einer besonderen, in dieselbe hineinragenden Klappe, welche aus zwei aneinanderliegenden, an den Rändern derart zusammengeklebten Platten besteht, daß zwischen denselben ein Gang gebildet wird, der die Fortsetzung des Lumens, des Trichters darstellt. Diese Plättchen gestatten selbst bei starkem äußeren Druck auf die Kugel nicht, daß der Harn aus derselben aus dem Trichter zurückfließt. Alle Teile sind aus schwarzem, leicht vulkanisirtem Kautschuk gemacht. Innerhalb des Trichters befindet sich ein anderer Trichter aus dünnem Gummi, welcher nur bis zur Hälfte des äußeren Trichters reicht und das Zurückfließen derjenigen Harnquantität, welche noch nicht in den unteren Teil des Apparates hinuntergeflossen ist, verhindert. Der obere, leicht erweiterte Teil des Trichters ist mit einer Membran überdeckt, die aus einer dünnen Gummiplatte gemacht ist und in der Mitte eine runde

Oeffnung von ca. 1 cm im Durchmesser hat. Ohne diese Membran ist ein exactes Sammeln des Harns unmöglich. Mit dem oberen erweiterten Teile wird der Trichter an denjenigen Teil des Suspensoriums befestigt, der zur Aufnahme des Penis bestimmt ist. Der geschilderte Harnrecipient wird wie ein gewöhnliches Suspensorium angelegt, nur daß der Penis in die oben bezeichnete Oeffnung der Membran hineingesteckt wird. Der Apparat wird nicht mehr als 12 Stunden in situ gelassen. Als einzige unangenehme Folge der Anwendung des Apparates trat bisweilen Oedem des Präputiums auf, welches nach der Entfernung des Apparates jedoch bald verschwand.

Die Harnquantität der Neugeborenen steigt in den ersten Lebenstagen allmählich und ununterbrochen und erreicht ihr Maximum am vierten Tage, dessen Harnquantität 13mal größer ist als die des ersten Tages, worauf die Harnquantität langsam und fast gleichmäßig in arithmetischer Progression abnimmt. Das specifische Gewicht des Harns von Neugeborenen, welche nicht nachgefüttert werden, ist selbst noch am sechsten Tage nach der Geburt ziemlich groß im Vergleich mit dem specifischen Gewicht des Harns im späteren Säuglingsalter. Der Gehalt des Harns an Chloriden und Phosphaten ist in den ersten Lebenstagen in Folge des Hungerns der meisten Neugeborenen, sowie Dank der geringen Quantität der zur Ausscheidung gelangenden Flüssigkeit im Allgemeinen sehr gering. Nach dem Gehalt des Harns an Schwefel ist dahin zu urteilen, daß die Gährung im Darm der Neugeborenen minimal ist. Der Stickstoff des Harnstoffes beträgt in den ersten Lebenstagen 66—73 pCt. der gesamten Stickstoffmenge des Harns, bei Säuglingen im späteren Lebensalter beträgt er 87 pCt. Ungefähr auf eine und dieselbe Quantität Harnstoff kommt bei Neugeborenen 3—6mal mehr Harnsäure als bei Erwachsenen. Das verhältnismäßig hohe specifische Gewicht des Harns in den ersten Lebenstagen wird nicht durch eine gesteigerte Ausscheidung von Salzen bedingt, sondern durch geringere Ausscheidung von Wasser und gesteigerten Gehalt an nicht ganz oxydirten Stoffwechselproducten.

Verf. hat zehn Kaninchen Harn von Neugeborenen in das peripherische Ende der A. femoralis injicirt. Es zeigte sich, daß der Harn von Neugeborenen viel giftiger ist als der von Säuglingen im späteren Lebensalter und Erwachsenen. Die Giftigkeit des Harns von Neugeborenen verringert sich mit dem Sinken seines specifischen Gewichts und wird hauptsächlich durch die Anwesenheit von nicht ganz oxydirten Stoffwechselproducten bedingt. Die Harngifte der Neugeborenen entstammen den Geweben, was nach Verf. durch folgende Thatsachen bewiesen wird: 1. durch die unbedeutende Quantität von Schwefel im Harn, 2. durch den reichlichen Gehalt an Harnsäure und NH_3, was auf starken Zerfall von Gewebselementen hinweist, und 3. durch den bedeutenden Körpergewichtsverlust der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. Die giftige Wirkung der Farbstoffe des Harns ist scheinbar bedeutend, da der giftigere Harn nicht nur specifisch schwerer, sondern auch stärker gefärbt war. Das Bild der Vergiftung, welches sich in den Experimenten des Verf.'s entwickelte, war dem Bilde der Vergiftung mit Harn von Erwachsenen sehr ähnlich. M. L.

Dr. Leopold Badt (Wiesbaden): **Ueber Harnsäureausscheidung im Urin während des acuten Gichtanfalles.** (Zeitschrift f. klin. Medicin 1899, Bd. 37, Heft 5—6.)

Bekanntlich soll nach Garrod im acuten Gichtanfall die Ausscheidungsfähigkeit der Niere in Betreff der Harnsäure vermindert, die Harnsäure im Blut vermehrt und die Alcalescenz des Blutes herabgesetzt sein. Der erste Puukt der Garrod'schen Lehre wird nun durch die Untersuchungen des Verfassers widerlegt. Verf. hatte bereits vor zwei Jahren Gelegenheit, in fünf acuten Gichtanfällen Harnuntersuchungen vorzunehmen. Im letzten Jahr hatte er fünf weitere Gichtanfälle in Behandlung und somit die Möglichkeit erlangt, durch vergleichende Studien festzustellen, ob die damals gefundenen Harnsäurewerte nur zufällige waren oder sich jetzt wiederholen würden. Seine sämtlichen Harnsäureuntersuchungen machte Verf. nach Ludwig-Salkowski, die Stickstoffanalysen nach Kjeldahl. Auf Grund seiner an den zehn Fällen gemachten Beobachtungen behauptet nun Verf. in Uebereinstimmung mit Pfeiffer, daß die Harnsäureausscheidung während des acuten Gichtanfalles niemals vermindert ist und in den meisten Fällen die Norm sogar überschreitet. Desgleichen ist während des Gichtanfalles die Harnmenge nicht unter der Norm. Die widersprechenden Resultate Garrod's führt Verf. darauf zurück, daß dieser die Harnsäurebestimmung nach Methoden angestellt hatte, die jetzt als vollständig unbrauchbar aufgegeben worden sind. Lubowski.

Stokvis: **Over melanurie.** (Demonstratie gehouden in de Algemeene Vergadering der Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te Arnhem. Weekblad van het Nederlandsch tijdschrift voor Geneeskunde, 15. Juli 1899.)

Melanurie tritt durch Schwarzwerden des Urins zu Tage, das entweder durch Einwirkung des Lichts oder durch oxydirende Mittel wie in dem demonstrirten Fall erfolgt. Sie ist ein fast untrügliches Zeichen von Melanosarcom (hier der Leber). Als Reagens können verdünnte Schwefelsäure und chromsaures Kali, aber auch alle anderen oxydirenden Substanzen verwandt werden. Da nun zum Nachweise der Scatoxyl- und Indoxyl-Schwefelsäuren des Harns als Reagentien die gleichfalls oxydirende Salzsäure und Chlorkalk verwandt werden, so ist deren Nachweis bei Anwesenheit von Melanin im Urin erschwert. Die von Jaksch angegebene Probe mit einigen Tropfen Nitroprussidnatrium und Kalilauge und Ansäuerung mit Essigsäure, die dem melaninhaltigen Urin eine blaue Farbe verleiht, beruht wahrscheinlich auf der Anwesenheit anderer Substanzen, ist aber für Melanurie characteristisch. Melanin und Melanogen enthalten höchstwahrscheinlich Schwefel. In dem hier vorliegenden Urin war die Menge des nicht oxydirten Schwefels größer als die in den gepaarten Schwefelsäuren enthaltene. Dreyer (Köln).

Dr. v. Aldor (Karlsbad): **Ueber den Nachweis der Albumosen im Harn und über die enterogene Albumosurie.** (Berl. klin. Wochenschrift 1899, No. 35—36.)

Die den bisherigen Methoden des Albumosennachweises im Harn anhaftenden Fehler veranlaßten den Verfasser, nach einer anderen Methode zu suchen, um so mehr, als er der Ansicht ist, daß die heutige Lückenhaftigkeit der Lehre von der Albumosurie in engem Zusammenhange mit dem Umstande steht, daß bis jetzt ein in jeder Beziehung verläßliches und auch zu klinischen Zwecken geeignetes Verfahren noch nicht existirt. Er ging bei seinen Untersuchungen von dem Standpunkt aus, daß außer dem Urobilin andere Farbstoffe, welche eine Biuretreaction geben, im Harn nicht vorhanden sind. Vor Allem war Verf. bestrebt, eine derartige Entfärbungssubstanz zu finden, welche auf die etwa vorhandene Albumose keinen schädlichen Einfluß ausüben sollte. Als solche erwies sich einzig und allein der absolute Alkohol.

Das Verfahren des Verfassers ist folgendes: Man nimmt 6—8—10 ccm Harn in einer Eprouvette, säuert sie mit 1—2 Tropfen Salzsäure an und giebt so lange 5proc. Phosphorwolframsäurelösung hinzu, bis alle durch die Phosphorwolframsäure fällbaren Bestandteile gefällt werden. Nach einige Secunden dauernder Centrifugirung erhält man am Boden der Eprouvette einen consistenten Niederschlag, gießt die darüber stehende Flüssigkeit ab, schüttelt kräftig den Niederschlag mit einigen Cubikcentimetern absolutem Alkohol. Durch wiederholte, einige Secunden dauernde Centrifugirung erhält man am Boden der Eprouvette abermals einen Niederschlag, und der darüber stehende Alkohol zeigt, je nach dem Urobilingehalt des Urins, eine verschieden intensive, gelbliche Verfärbung, bei an Urobilin reicheren Harnen eine fast ebenso schöne, grüne Fluorescenz, wie man sie mit der Chlorzinkprobe bekommt. Das Schütteln mit Alkohol und die direct darauf folgende Centrifugirung setzt man so lange fort, bis der Alkohol und das Sediment ganz farblos bleiben. Bei stark gefärbtem Harn ist eine 2—3malige Wiederholung der Manipulation auch genügend. Schließlich gießt man den Alkohol ab, suspendirt das Sediment in etwas Wasser, giebt concentrirte Natronlauge zu, worauf eine intensive oder auch weniger intensive blaue Verfärbung entsteht, welche übrigens in Folge starken Schüttelns in der Luft absolut verschwindet, so daß man das Cuprum sulfuricum zu einer vollständigen farblosen Lösung hinzugiebt. Der ganze Vorgang nimmt nur einige Minuten in Anspruch. Bei seinen an künstlichen Albumoseharnen angestellten Untersuchungen konnte Verf. 0,2‰ noch genügend sicher nachweisen, wobei er bei seinen Untersuchungen nur das als positives Resultat betrachtete, wenn bei der Biureaction ein schönes Rosa zu Stande kam.

Der oben mitgeteilte Vorgang bezieht sich nur auf eiweißfreie Harne. Bei eiweißhaltigen Urinen ist es natürlich die erste Aufgabe, das Eiweiß zu entfernen. Zu diesem Zweck ist nach der Untersuchung des Verfassers die von Bogomolow empfohlene Trichloressigsäure viel geeigneter, als das Beseitigen des Eiweißes durch Kochen. Von einer 15proc. Trichlor-

essigsäurelösung setzt man in genügender Quantität so lange zum Harn hinzu, bis die filtrirte Flüssigkeit die Eiweißreaction nicht mehr giebt. Das durch dieses Vorgehen gewonnene positive Resultat ist um so mehr beweisend, als nur eine sehr kleine Menge Harn zur Untersuchung in Anspruch genommen wird.

Nach dieser Methode führte Verf. bei 53 Kranken der Leyden'schen und Senator'schen Klinik Untersuchungen aus. Jeder einzelne Harn wurde vorher auf Eiweiß, Zucker und Urobilin untersucht, und bei Anwesenheit von Eiweiß erst nach dessen vorheriger Entfernung die Untersuchung auf Albumose ausgeführt. Die Untersuchungen hatten den Zweck, einige Beiträge zum weiteren Aufbau der heute noch überhaupt nicht auf fester Basis ruhenden Lehre von der Albumosurie zu liefern. Das Resultat dieser Untersuchungen ist ein ziemlich geringes und läßt nur mit gewisser Wahrscheinlichkeit annehmen, daß der mit gesteigertem Eiweißzerfall einhergehende Stoffwechsel und das Entstehen der Albumosurie mit einander in Zusammenhang stehen. Ob dieser Zusammenhang so streng ist, daß daraus auch diagnostisch verwertbare Schlußfolgerungen gezogen werden können, dies endgiltig zu beweisen sind an viel größerem Material angestellte Untersuchungen notwendig, welche zugleich berufen sein werden, über die Verläßlichkeit des von Verf. empfohlenen Verfahrens ein Urteil zu sprechen. Lubowski.

Gregor: **Ueber die quantitative Bestimmung der reducirenden Substanzen im Harn nach dem Verfahren von Zdenek Peska.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 5.)

G. hat das Peska'sche Verfahren auf seine Brauchbarkeit untersucht und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen:

1. Die Peska'sche Methode ist für die Praxis zu Harnuntersuchungen empfehlenswerth und insbesondere auch für die Bestimmung der normalen Reductionsfähigkeit des Harns geeignet.

2. Die Reductionsfähigkeit des normalen Harns zeigt im Verlaufe des Tages durch die Nahrungsaufnahme bedingte Schwankungen.

3. Der Procentgehalt an reducirenden Substanzen schwankt im normalen Harn von dreistündigen Perioden zwischen 0,0825 und 0,347, die Menge zwischen 0,280 und 0,555.

4. Die Reductionsfähigkeit wird im Inanitionszustande constant und giebt in dreistündigen Zeiträumen einen durchschnittlichen Procentgehalt von 0,0850, eine durchschnittliche Menge von 0,335 g.

5. Der vermehrte Genuß von Kohlehydraten hat im normalen Organismus keine Steigerung der Harnreduction zur Folge.

6. Die Reductionsfähigkeit des Harns bei reiner Fleischkost nähert sich der des Inanitionszustandes.

7. Stoffwechsel und Reduction stehen im umgekehrten Verhältnis.

8. Alkoholgenuß erzeugt Erhöhung der Reductionsfähigkeit.

Bezüglich der Ausführung des Peska'schen Verfahrens wird auf das Original verwiesen. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Ferdinand Blumenthal: **Ueber die Reactionen auf Pentosen.** (Zeitschrift für klin. Medicin 1899, Bd. 37, Heft 5—6.)

Die characteristischen Merkmale der bisher im tierischen Organismus gefundenen Pentose ($C_5H_{10}O_5$) sind folgende:

I. Harn:

Trommer'sche Probe (nach einigem Kochen) positiv (E. Salkowski).
Nylander'sche Probe braunschwarz oder schwarz.
Moore'sche Probe Gelbfärbung, Caramelgeruch.
Phenylhydrazinprobe Osazon, Schmelzpunkt 157—160° (Salkowski).
Phloroglucinsalzsäure — kirschrot, beim Stehen schwarz. Amylalkohol: Streifen zwischen D. und E. (E. Salkowski).
Orcinsalzsäure, grünblau oder violettblau. Amylalkohol: Streifen zwischen C. und D.
Gährung negativ (Salkowski).
Polarisation negativ (Salkowski).

II. Organpentose (aus Nuclein):

Alles in gleicher Weise. Die Polarisation an der Pankreaspentose geprüft ergab schwache Rechtsdrehung (Bang). M. L.

Dr. P. Richter: **Zur Frage des Nierendiabetes.** (Vortrag im Verein für innere Medicin vom 10. Juli 1899. Berliner klinische Wochenschrift 1899, No. 33.)

Die Annahme von Beziehungen zwischen Nieren und Glycosurie ist sehr alt, aber klinisch noch nicht sicher erwiesen. Die Ausscheidung von Zucker durch die Nieren kann bedingt sein entweder durch eine specifisch active Thätigkeit der Niere, z. B. beim Phloridzindiabetes, oder durch passiven Uebertritt des Zuckers in Folge vermehrter Durchlässigkeit des Nierenepithels. Dadurch Regulation des Zuckergehalts im Blut, indessen sind die Grenzen des beginnenden Uebertritts noch nicht bekannt. R. berichtet zunächst über frühere Tierversuche, welche eine wirkliche Zuckerbildung in der Niere nachzuweisen versucht haben. Von all' den geprüften Giften kann indes nur dem Cantharidin eine solche Wirkung zugesprochen werden. In kleinen Dosen erzeugt es bei Kaninchen neben der Nierenläsion, die sich in Albuminurie kundgiebt, auch Glycosurie bis zu 2,8 pCt., meist nicht über 1 pCt. Sie läuft parallel mit der Albuminurie in 24 Stunden ab. Bei größeren Dosen wird die letztere immer stärker, während erstere schwindet. Eine Hyperglycämie ist als Ursache dieser Glycosurie nicht anzusehen. Denn der Blutzuckergehalt fand sich nur wenig über die Norm vermehrt, so daß eine Ausscheidung desselben bei gesunden Nieren nicht zu erwarten wäre. Histologisches Bild: Fast nur Veränderungen des Gefäßapparates, die Glomeruli erweitert und strotzend gefüllt, starke Auswanderung von Leukocythen. Das Epithel der Harncanälchen dagegen fast gar nicht verändert. Zum Schluß bespricht R. die in der Litteratur mitgeteilten Fälle von Diabetes im Anschluß an primäre Nierenerkrankungen, besonders Schrumpfniere. Ihre Deutung ist nicht sicher gestellt. M. L.

II. Gonorrhoe und Complicationen.

Scholtz: **Beiträge zur Biologie des Gonococcus.** (Arch. für Derm. u. Syph., Bd. 49, Heft 1.)

Verf. hat, um eine weitere Klärung in der Gonococcusfrage herbeizuführen, eine größere Reihe von Untersuchungen angestellt, die sich auf die Cultur, das Tierexperiment und die klinischen Beobachtungen an gonokokkenhaltigen Abscessen erstrecken, und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Die besten und zuverlässigsten Gonokokkennährböden bilden Gemische von serösen menschlichen Flüssigkeiten mit Agar resp. Bouillon. Im Vergleich hierzu sind alle sonstigen für Gonokokken empfohlenen Nährböden minderwertig.

2. Auf Tiere — Meerschweinchen, weiße Mäuse und Kaninchen — wirken die Gonokokken nicht infectiös, wohl aber toxisch.

Die Giftwirkung tritt am besten bei intraperitonealer Injection, besonders am Meerschweinchen zu Tage. Die Giftstoffe sind in den Gonokokkenleibern enthalten.

Abgetötete Gonokokken in die menschliche Urethra injicirt rufen eine vorübergehende Eiterung hervor. Dasselbe ist aber auch bei Staphylokokken und Pyocyaneus etc. der Fall.

3. Unter Umständen vermag sich der Gonococcus auch im Bindegewebe anzusiedeln und daselbst Entzündung und Eiterung, ja echte Phlegmone hervorzurufen. Schließlich wird er in nicht zu seltenen Fällen auch auf dem Lymph- und Blutwege in entferntere Körpergegenden verschleppt und führt zu Endo- und Myocarditis, sowie Metastasen in den Gelenken, Sehnenscheiden und der Haut. Stockmann (Königsberg i. Pr.)

Reichmann: **Zwei Fälle isolirter gonorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge.** (Archiv für Dermat. u. Syph., Bd. 49, Heft 1.)

R. fügt den bisher bekannten Fällen zwei neue sorgfältige Beobachtungen und Untersuchungen hinzu und äußert sich zum Schluß: „Was die Therapie dieser Affection betrifft, so muß man Jadassohn beipflichten, wenn er in jedem Falle die Vornahme der Excision verlangt; der Eingriff ist ein höchst unbedeutender, nur durch ihn wird eine radicale Heilung erzielt und die eminente Gefahr einer Verbreitung der gonorrhoischen Erkrankung auf die Harnröhre sicher beseitigt."

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Goldberg: **Prostata und Gonorrhoe.** (Centralbl. für Harn- und Sexualorg. 1899, No. 6.)

In einer sehr ausführlichen Arbeit bespricht G. das Verhältnis der Gonorrhoe zur Prostata. In der überwiegend größeren Mehrzahl der Fälle

kommt es zur chronischen Prostatitis mit all' ihren Folgeerscheinungen. Ob eine solche heilbar ist, ist den Anschauungen verschiedener Autoren zufolge recht zweifelhaft. Unbedingt notwendig ist das Postulat, daß von einer Heilung nur dann zu sprechen ist, wenn das Prostatasecret 1. frei von Gonokokken, 2. frei von Eiterzellen ist. Das Haupttherapeuticum ist die Massage.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Mirolubow: **Ein Fall von Erythema exsudativum in Folge von Gonorrhoe.** (Wratsch 1899, No. 29.)

Der 24jährige, kräftig gebaute und gut genährte Soldat wurde wegen Gonorrhoe in das Militärhospital aufgenommen. Die Eichel und das Präputium waren etwas ödematös, der Meatus externus etwas gerötet. Aus der Harnröhre fließt eitrige, etwas blutuntermische Flüssigkeit. Der Patient klagt über starke Schmerzen beim Harnlassen und unaufhörliches Brennen in der Harnröhre. Uebliche Behandlung. Am sechsten Tage nach der Aufnahme meldete der Patient, daß er auf der Brust einen stark juckenden Ausschlag bekommen habe. Die Besichtigung ergab an der betreffenden Stelle zahlreiche hanfkorngroße, rote Knötchen, welche sich von der Hautoberfläche abhoben und bald vereinzelt, bald gruppenweise saßen. Am folgenden Tage waren die Knötchen bereits confluirt und die afficirte Hautpartie gleichmäßig verdickt, etwas gespannt und diffus hellrot. Die Temperatur betrug 38,5° und stieg innerhalb der folgenden zwei Tage bis auf 40°. Der Kranke klagt über heftige Kopfschmerzen, über allgemeine Zerschlagenheit und Appetitverlust. Bald war die gesamte Haut mit Ausnahme der des Halses, des Gesichts, der Handteller und der Fußsohlen hellrot verfärbt, während die Rückenoberflächen der Hände dunkel und mit stecknadelkopfgroßen Prominescenzen bedeckt waren. Schließlich rötete sich auch der Hals und das Gesicht, die Haut des Penis und des Hodensackes wurde ödematös, auf den Innenseiten der Oberschenkel zeigte sich eine Reihe kleiner, confluirender Eiterherde, während der Ausfluß aus der Harnröhre gänzlich aufhörte und die Harnröhrenschleimhaut normal wurde. Am sechsten Tage nach dem Auftreten des Exanthems sank die Temperatur auf 39°, die Kopfschmerzen verschwanden und das Erythem an der Brust wurde etwas blässer. Im Verlaufe der folgenden zwei Tage schwand das Fieber und das Erythem vollkommen. Nachdem die Haut ihre normale Farbe wiedererlangt hat, stellte sich allgemeine Desquamation der Epidermis ein, welche äußerst stark war und circa eine Woche anhielt. Während der ganzen Krankheit waren weder auf den sichtbaren Schleimhäuten, noch am Herzen und an den Gelenken Veränderungen zu constatiren.

Irgend welche therapeutischen Maßnahmen wurden nicht ergriffen, die Krankheit wurde sich selbst überlassen, mit Ausnahme der ersten Tage nach der Aufnahme, wo der Patient Injectionen von $^1/_4$proc. Zincum sulfuricum bekam. Mit dem Auftreten des Erythems wurden die Injectionen unterbrochen. Die auf der Höhe der Hautaffection verschwundene Gonorrhoe kam nicht wieder.

Es handelte sich somit in vorliegendem Falle um ein im Verlaufe einer Gonorrhoe aufgetretenes Erythema exsudativum, und zwar zuerst papillatum und dann universale. Auf Grund näherer Betrachtung seines Falles gelangt Verf. bez. der Pathogenese der Hautaffection zu der Ueberzeugung, daß dieselbe durch das gonorrhoische Virus bedingt war. M. L.

Alex. Renault: **Présentation de deux malades atteints le premier de myélite chronique dorso-lombaire, le second d'arthrite ankylosante de la colonne vertébrale, peut-être même de syringomyélie, dans le cours de blennorrhagie chroniques.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 7. Soc. de derm et de syph., séance du 13. juillet 1899.)

Der Zusammenhang zwischen Rückenmarkserkrankungen und Tripper ist seit 1803 von Everard Home behauptet und seitdem unter Anderen von Stanley, Hayem, Parmentier, Raymond, Spillmann, Haushalter, Souplet und Barrié begründet worden. R. führt zwei neue Fälle für diesen Zusammenhang an. 1½ Jahre nach dem Beginn eines jetzt noch bestehenden Trippers stellen sich bei dem damals 35 Jahre alten Mann, der drei Liter Wein und drei bis vier Absynthe pro Tag trinkt, Schmerzen in der Lendengegend ein. Nach mehreren Tagen Bettruhe kann er zwar schwer wieder gehen. Er schleift indes die Füße über den Boden und fällt häufig. Nach einem Fall muß er wieder wenigstens eine Woche lang liegen. Als er schließlich in's Hospital kommt, zeigt er eine spastische Parese der unteren Extremitäten, Incontinentia urinae, erhöhte Sehnenreflexe und Fußphänomen. Bis auf Anästhesie im Pharynx ist die Sensibilität normal. Die Sinnesorgane weisen nichts Krankhaftes nach. Es handelt sich also um eine Myelitis im Bereich des Lendenmarks, in deren Aetiologie außer der Gonorrhoe höchstens der Alkoholismus eine Rolle spielen kann.

In einem zweiten Fall empfand Patient nach vierjährigem Bestehen seines dritten Trippers nach einer anstrengenden Arbeit heftige Schmerzen in der Lendengegend, einige Tage später auch in der Schulter und am rechten Knie. Sechs Jahre darauf vierter Tripper, der angeblich nach zehn Tagen geheilt war. Kurz danach treten wieder im Anschluß an körperliche Ueberanstrengung Schmerzen in allen Gelenken, namentlich aber in der Wirbelsäule auf, die auch nach längerem Krankenhausaufenthalt nicht aufhören. Jetzt besteht eine ausgesprochene Kyphose. Der Kranke geht gebeugt, kann sich nicht aufrichten und den Hals nur wenig nach links oder rechts drehen. Die rechte Schulter wird etwas gesenkt getragen. Der rechte Ringfinger befindet sich in halber Beugecontractur, die rechte große Zehe dagegen in Streckcontractur. Am linken Fuß ist die dritte Zehe übermäßig gebeugt. Die Gelenke sind bei Bewegungen und auf Druck empfindlich, dagegen nicht in der Ruhe Die Arme können nicht vertical erhoben werden. Am rechten Humeroscapulargelenk fühlt man bei Bewegungen Krachen. Contactsensibilität und Schmerzgefühl normal. Dagegen wird eine angezündete Kerze am Arm zwar percipirt, aber nicht als warm empfunden.

Pupillen sind etwas ungleich. Patient muß wohl in Folge einer leichten Prostatahypertrophie Tag und Nacht häufig uriniren. Die Diagnose schwankt hier zwischen Gelenkentzündungen und Syringomyelie, für welch' letztere die partielle Empfindungslähmung spricht. Auch hier kommt als ursächlicher Factor außer der Gonorrhoe noch Alkoholismus in Betracht, da Patient zwei bis drei Liter Wein täglich trank. Da man bisher nur Staphylokokken im Rückenmark der Gonorrhoiker mit Spinalaffectionen fand, so macht Balzer die Secundärinfectionen für diese Complicationen verantwortlich.

Dreyer (Köln).

Colombini: **Bacteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 48, Heft 1 u. 2.)

Da über die Pathogenese der Bartholinitis noch immer Meinungsverschiedenheiten herrschen, hat sich C. der Aufgabe unterzogen, das Dunkel zu lichten. Er hat 17 Fälle bacteriologisch und histologisch genau untersucht und ist zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Die Bartholinitis kann sowohl blennorrhagischer, als auch nichtblennorrhagischer Natur sein.

2. Die erstere ist viel häufiger als die letztere und bildet zwei Drittel der Fälle.

3. In den Fällen blennorrhagischer Bartholinitis ist die Anwesenheit von Gonokokken zur Zeit der Untersuchung nicht constant. Wenn sich dieselben vorfinden, begegnet man ihnen gewöhnlich in Gesellschaft des Staphylococcus aureus und albus, häufiger in der ersteren als in der letzteren.

4. Bei jenen Fällen blennorrhagischer Natur, bei denen Gonokokken nicht mehr gefunden werden, und bei der nichtblennorrhagischen Bartholinitis sind in der Regel die gewöhnlichen Eitererreger vorhanden.

5. Alle jene Ursachen, welche wir als begünstigende Momente für die Entstehung der Bartholinitis festgestellt haben, wie Traumen, Beschäftigung, dürfen aber nicht als eigentliche Ursache derselben angesehen werden, sondern nur als zufällige, nicht aber als notwendige, indem sie nur die Entwicklung sowohl der blennorrhagischen als auch der gewöhnlichen pyogenen Form begünstigen.

Soweit die bacteriologischen Untersuchungen. Histologiseh ergab sich Folgendes:

1. Eine bedeutende Proliferation des Epithels der Ausführungsgänge der Drüse.

2. Eine kleinzellige Infiltration in der Umgebung dieser Gänge, welche davon vollständig eingehüllt werden.

3. Consecutive Bildung von Abscessen in der Umgebung dieser Ausführungsgänge, welche uns die Pathogenese der recidivirenden Drüsenabscesse erklären.

Die beste Therapie ist demnach die Excision der Drüse, da nur diese

jede Recidive zu verhindern vermag, den Uebergang in das chronische Stadium unmöglich macht, mit einem Worte, eine thatsächliche radicale Heilung der Bartholinitis erreichen läßt.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Heinrich Loeb (Mannheim): **Harnröhrencapacität und Trippersprützen.** (Deutsche med. Wochenschr. 1899, No. 30.)

Verf. glaubt, daß die Injectionstherapie bei der Gonorrhoe deshalb so wenig befriedigende Resultate liefert, weil das Mißverhätnis zwischen der Capacität der Spritzen und der Urethra sehr groß ist, und hat deshalb auf experimentellem Wege die Capacität der Urethra anterior zu messen versucht. Er fand, daß dieselbe bei kranken wie gesunden Harnröhren zwischen 6—20 ccm schwankt, daß aber äußere Verhältnisse, wie Alter, Körpergröße und Länge des Penis keinen Anhaltspunkt für die Capacität geben; höchstens ist der Umfang des Penis die einzige Größe, die mit der Urethralcapacität in gleicher Proportion steht. Da es aber nötig ist, daß bei der Injectionstherapie der Spritzeninhalt der Harnröhrencapacität entspricht, so muß diese Capacität in jedem einzelnen Fall durch Messung mittelst Spritze oder Irrigators festgestellt werden, damit die entsprechende Spritze ordinirt werden kann.

Loeb (Berlin).

Dr. Wereschtschagin: **Protargol bei Gonorrhoe.** (Protocolle der med. Gesellschaft zu Tambow. Wratsch 1899, No. 25.)

Verf. hat mit Protargol im Ganzen 21 Fälle von Gonorrhoe behandelt, darunter 12 acute, 3 subacute und 6 chronische. Er gebrauchte $^1/_4$—$1^1/_2$ proc. wässerige Lösungen, die 3mal täglich injicirt und jedes Mal 25—30 Minuten in der Harnröhre belassen wurden. Bei Anwendung der stärksten Lösung wurde jedoch nur 2mal täglich injicirt und die Wirkungsdauer der Injectionsflüssigkeit auf 5 Minuten beschränkt.

Von den 12 Patienten mit acuter Gonorrhoe wurden alle bis auf einen vollkommen geheilt, wobei die Behandlungsdauer eine kürzere war, als bei den übrigen Behandlungsmethoden. Von den 3 Fällen von subacuter Gonorrhoe wurden 2 vollkommen geheilt, und zwar der eine in 13[2]), der andere in 30 Tagen; in dem 3. Falle war das Heilungsresultat in dem Sinne kein vollkommenes, daß der Ausfluß zwar aufgehört hatte, die Fäden aus dem Harn aber nicht verschwunden waren. Von den 6 Patienten mit chronischer Gonorrhoe wurden nur 2 vollständig geheilt, dabei wurde bei einem derselben systematisch bougirt.

Nach den Erfahrungen des Verf.'s ist also das Protargol bei acuter Gonorrhoe am wirksamsten, wobei die Aussicht auf ein dauerndes Resultat um so größer ist, je früher die Behandlung eingeleitet wurde.

Li.

---

[2]) Im Original heißt es in 113 Tagen, was zweifellos ein Druckfehler sein dürfte. Anm. d. Ref.

Privatdocent Dr. Kopp (München): **Ueber neuere Mittel zur Therapie und Prophylaxe der Gonorrhoe des Mannes.** (Münchener medicin. Wochenschrift 1899, No. 31 u. 32.)

Nachdem Verfasser die Wichtigkeit und Gefährlichkeit der Gonorrhoe hervorgehoben und einen historischen Rückblick auf die diätetische Therapie und die Lapisbehandlung der Gonorrhoe geworfen hat, unterzieht er die neueren Silberverbindungen, sowie die Janet'sche Spülmethode und die Tripperprophylaxe einer eingehenden Kritik.

Das Argentamin bewies sich Verf. schon in einer Concentration von 1 : 4000 als zu stark reizend und in Folge dessen als wenig practikabel. Das Argonin wurde in einer 2—4proc. Lösung anstandslos ertragen und kann, da wir noch wenig wirklich antigonorrhoische Mittel besitzen, dort, wo eine starke Reizwirkung vermieden werden soll, das Argentum nitricum ersetzen. Den Protargolenthusiasmus kann Verf. nicht teilen, und wenn er auch zugeben muß, daß bei der Protargolbehandlung 1. rasche Abnahme der Secretion und Umwandlung des eitrigen Secrets in ein schleimiges erfolgt und 2. die Schmerzen bei der Injection sehr geringe sind, so hat er doch auch die Ueberzeugung gewonnen, daß die Gonokokken nur scheinbar aus dem Secret verschwinden, in der That aber zurückgedrängt werden, beim Sistiren der Injectionen sofort wieder erscheinen und mindestens ebenso lange erhalten bleiben als bei den üblichen adstringirenden Behandlungsmethoden. Persönliche Erfahrungen über das Largin besitzt Verf. nicht, doch scheint ihm das Mittel im Hinblick auf die günstigen Aeußerungen von Finger-Pezzoli, Kornfeld hin sehr empfehlenswert. Das Itrol endlich hat sich in einer Concentration von 0,02—0,05 : 200,0 sowohl wegen seiner geringen Reizbarkeit als auch wegen seiner Billigkeit bewährt. Das Hydrargyrum oxycyanatum, auf das wegen seiner geringen Reizbarkeit und seiner vorzüglichen Desinfectionskraft große Erwartungen gesetzt und welches in einer Concentration von 1 : 1000—1 : 3000 ertragen wurde, mußte wegen seiner geringen Tiefenwirkung wieder aufgegeben werden.

Obwohl also alle diese Mittel eigentliche Gonorrhoespecifica nicht sind und auch nicht als Abortivmittel angesehen werden können, so haben sie doch wegen ihrer geringeren Reizwirkung ihre Vorteile vor der alten Lapisbehandlung; ob ihnen auch eine größere Tiefenwirkung zuzusprechen ist und Complicationen bei ihrer Anwendung weniger häufig vorkommen, scheint noch nicht ausgemacht zu sein. Als ein Fortschritt ist jedenfalls das nach Neisser's Vorgang aufgestellte Princip der Frühbehandlung, der prolongirten Injectionen und der größeren Tripperspritzen von 15—20 ccm Inhalt anzusehen.

Was nun die Janet'sche Spülbehandlung angeht, so hat Verf. bei acuten Fällen nur Nachteile davon gesehen; anders lag die Sache bei der Urethritis posterior subacuta und bei der chronischen Gonorrhoe. Beim Vorhandensein von Gonokokken wurden Spülungen mit Arg. nitr. (0,2 bis 0,5 : 1000) dem Kalium permanganat. vorgezogen, welch' letzteres für die Resturethritiden ohne Gonokokken reservirt blieb in einer Concentration

von 0,3 : 1000, bei chronischen Urethritiden bis zu 0.75proc. Lösungen. Oft trat schon nach vierwöchentlicher, manchmal aber auch erst nach achtmonatlicher Behandlung Heilung ein.

Als Tripperprophylaxe scheinen Condoms aus Fischblasen, sowie die unmittelbar post coitum vorgenommenen Einträufelungen von 2proc. Arg.-Lösung nach Credé-Blokusewski-Neisser, sowie das Auftropfen einer 20proc. Protargol-Glycerinlösung in die Fossa navicularis manche Aussichten zu bieten. Loeb (Berlin).

Generalstabsarzt Dr. v. Vogl: **Ueber die Verbreitung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten in der Armee und im Volk nebst Bemerkungen über die Therapie der Gonorrhoe.** (Münchener med. Wochenschr. 1899, No. 31 u. 32.)

Verf. bekämpft die vielfach verbreitete Anschauung, daß die Armee der Hauptverbreitungsherd der Gonorrhoe sei, und weist nach, daß in den bürgerlichen Kreisen, speciell in den Städten und Industriebezirken, die Verbreitung der Krankheit eine bedeutend größere sei.

Die Morbidität an Gonorrhoe betrug im Jahre 1893:

in der	französischen	Armee	4,7 pCt.	der	Kopfstärke
„ „	österreichischen	„	6,4 „	„	„
„ „	italienischen	„	9,5 „	„	„
„ „	preußischen	„	3,29 „	„	„
„ „	bayerischen	„	3,59 „	„	„

und ist im Jahre 1896 in der preußischen Armee auf 2,5 pCt., in der bayerischen auf 2,3 pCt. gefallen.

Die Berliner Garnison hatte im Jahre 1893 3,4 pCt., eine Berliner Krankenkasse 8 pCt., eine Studentenkasse 25 pCt. Gonorrhoiker; dazu kommt noch das Gros der in privatärztlicher, also directer Behandlung Stehenden.

Was die Verschleppung der Krankheit durch die inficirten Mannschaften angeht, so ist dieselbe bei der bestehenden scharfen Ueberwachung und der Ueberweisung in's Lazareth jedenfalls eine sehr kleine; die Geschlechtskrankheiten haben also als Armeekrankheit nichts Besorgniserregendes und keinen ursächlichen Anteil an deren Weiterverbreitung im Volk.

Verf. läßt sich dann über die modernen Gonorrhoebehandlungen, die Janet'sche Spülbehandlung und die Neisser'sche Methode der Frühbehandlung und der prolongirten Injectionen, aus. Bei beiden Methoden erscheint ihm die Gefahr der Verschleppung und des Insultes, der durch eine Injection in die acut entzündete Harnröhre hervorgebracht wird, eine große; überdies erscheint ihm eine Behandlungsmethode, welche eine durch besondere Kenntnisse, Uebung und Erfahrung gewonnene Sicherheit des Arztes beansprucht, um ohne Gefährdung des Kranken durchgeführt zu werden, als noch nicht geeignet, Allgemeingut der Aerzte zu werden; denn es können nicht alle Aerzte Specialisten sein. Bis auf Weiteres sind also noch Ruhe und Schonung der entzündeten Harnröhre und Bekämpfung der hervorstechenden Krankheitserscheinungen durch eine diätetisch-sympto-

matische Therapie zu empfehlen. Besonders hält Verf. für die ersten Tage viel von einem auf die Urethra applicirten Eisbeutel, da die Kälte die Entwicklung der Gonokokken sehr zu hemmen vermag. Loeb (Berlin).

Stabsarzt Dr. Würdinger: **Die Tripperbehandlung im Münchener Garnisonlazareth 1882—1898.** (Münchener medic. Wochenschrift 1899, No. 31.)

Verf. giebt eine Statistik der beobachteten Fälle. Die Zahl der wegen venerischer Krankheiten Aufgenommenen betrug von 1882—1898 zwischen 416 (1890—91) und 635 (1895—96) oder zwischen 74,4 pCt. (1890—91) und 68,6 pCt. (1884—85). Hiervon waren 54 pCt. Tripper. Es wurden behandelt 1893—94 313, 1894—95 285, 1895 - 96 315, 1896—97 241, 1897—98 230 Tripperkranke. 70 pCt. der Fälle waren acut, 30 pCt. verschleppt. Mit chronischen Trippern eintretende Rekruten wurden in den letzten zwei Jahren direct entlassen.

Was die Therapie angeht, so wurden in den ersten Jahren von 1883 an strenge Bettruhe, Diät und kalte Umschläge im acuten Stadium, in den späteren Tagen erst Injectionen mit Arg. nitr. und Kaliumpermanganat angewandt. Diese diätetisch exspectative Behandlung ging auch auf die späteren Jahre bis 1893 über, während in der Wahl der Injectionsmittel ein Wechsel eintrat: Hydrochinon, Jodoform, Sublimat, Kalkwasser Thallin, Zinc. sozojodolicum, Ichthyol wurden nach einander versucht. 1893—94 und die folgenden Jahre beschränkte man sich wieder auf Arg nitr., Kal. perm., Zinc. sulfocarbol.; das Jahr 1896—97 brachte Argonin, Airol, Antinosin, Dextroform, 1897—98 Protargol. Die Urteile über letzteres Mittel sind sehr günstig; seine Reizlosigkeit, sein Verhüten einer Ur. posterior werden vor Allem gerühmt; und bei bestehender Urethritis posterior erwiesen sich Janet'sche Spülungen mit Protargol als sehr vorteilhaft.

Die chronischen Gonorrhoen wurden mit Ultzmann'schen, Casper-schen Kathetern, Dittel'schen Porte-remède, Ausspülungen nach Diday, Janet, Guyon, Anthrophoren behandelt.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer war 40—42 Tage (42 Tage bei der Protargolbehandlung).

Nach Ansicht des Verfassers sind daher die letzten Silberverbindungen wohl zu empfehlen, erfüllen aber die auf sie gesetzten übermäßigen Erwartungen nicht ganz. Loeb (Berlin).

DDr. Desnos u. Guillon: **Picrinsäure-Instillationen bei chronischer Gonorrhoe.** (Revue de thérapeutique médico-chirurgicale 1899, 15. Juli. Ref. nach Wratsch 1899, No. 31.)

Chéron war der Erste, der Picrinsäure zur Behandlung von Gonorrhoe heranzog, allerdings nur bei Frauen. Die Verfasser haben die Chéron'sche Behandlungsmethode nun auch bei Männern angewandt, und zwar mit günstigem Erfolg. Der einzige Nachteil dieser Behandlungsmethode ist der, daß auf den Händen und der Wäsche gelbe Flecke zurückbleiben. Jedoch sind

diese Flecke leicht zu entfernen, und zwar aus der Wäsche mit Alaun und von den Händen mit concentrirter Lösung von Lithium carbonicum, sowie mit Wasser, zu dem einige Tropfen Ammoniak oder Kalilösung zugesetzt sind. Die Verfasser behandelten mit Picrinsäure nur diejenigen chronischen Fälle, in denen die Secretion höchst minimal war und sich hauptsächlich in dem sog. „Morgentropfen", Verklebung der Lippen des Meatus externus und gonorrhoischen Fäden im Harn äußerte. Auch wählten sie zur Behandlung nur Fälle, wo im Secret keine Gonokokken mehr vorhanden waren.

Die Picrinsäure wurde in Form von Instillationen angewandt, und zwar mittelst der Guyon'schen, 4 ccm fassenden Spritze. In den vorderen Teil der Harnröhre einzuträufeln ist überflüssig, wohl aber in den hinteren Teil, und bisweilen ist es sogar nützlich, einige Tropfen bis an den Blasenhals gelangen zu lassen. Die Instillationen sind selbstverständlich unter strengster Befolgung der aseptischen und antiseptischen Cautelen einzuführen. Vor der Instillation muß der Kranke die Harnblase entleeren. Die Lösungen, die zu den Instillationen verwendet werden, sind $^1/_2$—1 proc. Die Instillationen werden alle zwei Tage vorgenommen. Die Reizempfindung, welche die Picrinsäure verursacht, ist unbedeutend, jedenfalls geringer als nach Einträufelungen von Argentum nitricum, Sublimat oder selbst Protargol; sie äußert sich in einem eine Minute anhaltenden Gefühl von Brennen. Eine spätere Reaction pflegt gleichfalls nicht einzutreten.

Die Verfasser haben in der angegebenen Weise im Ganzen 29 Patienten behandelt, darunter 17 mit gewöhnlicher, 12 mit tuberculöser chronischer Gonorrhoe. Von den 17 Fällen gewöhnlicher chronischer Gonorrhoe endeten 13 mit vollständiger Genesung, 2 mit bedeutender Besserung und 2 mit negativem Resultat. Bei den beiden letzteren Patienten bestand eine Strictur, bei dem einen derselben wurde später die Urethrotomia interna erforderlich. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 15 Tagen und 5 Monaten, in einem Falle betrug dieselbe sogar ein Jahr. Bei längerer Behandlungsdauer wurden jedoch zeitweise Pausen gemacht. Die Zahl der Instillationen betrug im Durchschnitt 16—17, die kleinste 5, die größte 40. Was die tuberculöse Gonorrhoe betrifft, so ergaben die Picrinsäureinstillationen bei derselben Linderung des Harndrangs und der Schmerzen, sowie Verringerung des Eitergehalts des Harns. Die Behandlungsdauer schwankte hier zwischen 2 und 6 Monaten, die Zahl der Instillationen betrug im Durchschnitt 22. Von den 12 Fällen dieser Categorie wurden 2 geheilt, 7 bedeutend gebessert; in den übrigen 3 Fällen mußte die Picrinsäure ausgesetzt werden. M. L.

Docent Feleki: **Die antiparasitären Behandlungsarten der Blennorrhoea urethrae.** (Ungarische medicin. Presse 1899, No. 26—27.)

Verf. giebt eine gedrängte Uebersicht sämtlicher Behandlungsmethoden der Blennorrhoea urethrae, welche auf Vernichtung der Gonokokken absehen, und kommt dann auf seine eigenen Erfahrungen zu sprechen, die er im Lauf der Jahre bei systematischer Anwendung der einzelnen Mittel zu sammeln

Gelegenheit hatte, dabei stets parallele Untersuchungen machend an Kranken, die er nach alter Methode mit adstringirenden Mitteln behandelte. Nach seiner Ansicht muß bei Behandlung des Trippers das Hauptaugenmerk darauf gerichtet sein, der Affection einen möglichst milden und, wenn möglich, schnellen Ablauf zu sichern, das Uebergreifen des Processes auf den hinteren Teil der Urethra zu behindern; wenn dies jedoch schon stattgefunden hat, dem Zustandekommen von an die Urethritis postica sich anschließenden Complicationen möglichst den Weg abzuschneiden. Jene Verfahren und Heilmittel nun, die uns hierbei unterstützen können, sind vom practischen Standpunkt aus die wirklichen Antigonorrhoica, wenn auch ihr Verhalten zu den Gonokokken wie immer indifferent zu sein scheint. In der Praxis ist das einzuschlagende Heilverfahren in jedem einzelnen Fall von der Art des Leidens abhängig zu machen und dabei auch die Wirkung zu berücksichtigen, die ein oder das andere Mittel oder ein localer Eingriff in günstiger oder ungünstiger Richtung ausübt. Verf. teilt den Standpunkt nicht, der als erste Forderung hinstellt: Vor Allem die Gonokokken unter allen Umständen zu vernichten trachten! Man hat mit der Verminderung oder dem zeitweisen Verschwinden der Gonokokken noch keine Garantie dafür, daß man den Kranken vor der größten Gefahr des Weiterverbreitens des Processes nach hinten bewahrt hat. Das könnte man nur in dem Fall erreichen, wenn es wirklich ein Mittel gäbe, das, wenn auch um den Preis einer event. Steigerung der Entzündungssymptome, die Harnröhre frei von Gonokokken zu machen im Stande wäre. Leider giebt es ein solches Mittel nicht.

Für die Silberpräparate (Protargol, Largin und Argonin) stellt Verf. folgende Indicationen auf: Diese Mittel sind unter geringen Reizerscheinungen im Stande, eine antiparasitäre Wirkung auszuüben. Sie sind in Form prolongirter Injectionen mit sehr gutem Erfolge in solchen Fällen von acuter Blennorrhoe anzuwenden, wo der Kranke in den ersten Tagen der Affection in Behandlung kommt. Hier übertreffen sie um ein Gutes die Wirkung der Adstringentien, insofern es gelingen kann, nicht nur die Gonokokken rasch zum Verschwinden zu bringen, sondern auch die Krankheit auf die Pars ant. zu localisiren und Heilung in einigen Tagen zu erreichen. In solchen Fällen jedoch, wo die Entzündungssymptome schon bedeutend sind, bereits reichliche Secretion eingetreten ist, ist die Wirkung dieser Mittel schon zweifelhaft, und wenn nach Injectionen mit diesen Mitteln in ein bis zwei Tagen keine Besserung eintreten sollte, ist es am zweckmäßigsten, die Entzündung durch schwache Adstringentien zu vermindern. Dem Fall entsprechend verwendet Verf. abwechselnd mit Adstringentien die Antiparasitica, doch unter allen Umständen vermeidet er jene Mittel, die den Entzündungsproceß steigern.

Wenn der Tripper im subacuten Stadium einen solchen Verlauf zeigt, der den Vorläufer des chronischen Zustandes bildet, oder wenn die Symptome constant bleiben, oder wenn nach vorübergehender Besserung neuere Recidiven auftreten, wird es wohl nicht zu umgehen sein, die Urethroskopie anzuwenden und dem Befund gemäß die einzuschlagende Therapie fest-

zustellen (Pinselung, Instillation, mechanische Therapie); daneben kann zum Injiciren mit der Tripperspritze das Argentamin benutzt werden, das besonders in subacuten Fällen von auffallendem Erfolg ist. Bei Urethr. post. oder Urethrocyst. wird man beim Nachlassen der acuten Symptome Irrigationen mit dem Nélaton machen (1 pCt. Argentamin), event. Instillationen oder Pinselungen etc. Die Therapie des chronischen Trippers erfährt also durch Einbeziehung der Antiparasitica keine Veränderung. Auch in Zukunft wird man es nicht umgehen können, mittelst Spiegels Arzneimittel appliciren und unter diesen in erster Reihe Pinselungen mit Arg. nitr. vornehmen oder mit dem Cuprumstift ätzen, ferner die verschiedensten Instillationen und mechanischen Heilmethoden in Anspruch nehmen zu müssen. Besonders gilt dies für jene Formen des chronischen Trippers, wo der Proceß auch auf die Prostata, Samenblase und Harnblase sich weiter verbreitete.

Was das Janet'sche Verfahren anbelangt, so wurde die Irrigation des vorderen und rückwärtigen Teiles der Harnröhre und der Blase schon vor Janet empfohlen, und auch Verfasser hat diesbezüglich im Jahre 1891 im Budapester königl. Aerzteverein auf Grund seiner eigenen Erfahrungen berichtet. Auch die Verwendung des Kalium hypermang. in der Therapie des Trippers war schon vor der Publication Janet's bekannt. Das Originale des Verfahrens besteht vielmehr in dem Schema der Behandlung resp. in der intensiven und systematischen Anwendung der Irrigationen. Bezüglich der practischen Wichtigkeit des Janet'schen Verfahrens ist Verf. der Ansicht, daß dasselbe nur in einzelnen Fällen acuten Trippers einen selbstständigen Wirkungkreis haben kann. Auch in acuten Fällen hat sie nur unter Ergänzung mit anderen Injectionen Wirkung, oft ist sie jedoch überhaupt nicht anzuwenden. Irrigationen mit Kal. hypermang. ohne Katheter können bei subacuter und event. auch bei chronischer Blennorrhoe in der Reihe der auch bis jetzt gebräuchlichen Heilmethoden resp. als Ergänzung dieser auf Grund der entsprechenden Indicationen mit Erfolg angewendet werden, doch einen hervorragenden Wirkungskreis in diesem Stadium haben sie absolut nicht.

Zum Schluß glaubt Verf. der noch immer herrschenden Generalisation in der Therapie des Trippers entgegentreten zu müssen. Im Verlauf des Trippers kann als Folge von teilweise uns bekannten, teils unbekannten Factoren ein sehr verschiedenes Krankheitsbild zur Beobachtung kommen, und so ist es gewiß nicht indicirt, den Tripper nach einem allgemeinen Schema zu behandeln, nur deshalb, weil alle Fälle mit einem und demselben Namen bezeichnet werden und alle durch denselben pathogenen Pilz hervorgerufen wurden. Lubowski.

Dr. Werler: **Ueber die ambulante Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung.** (Therapeutische Monatshefte, Bd. 13, Heft 8.)

Bei der Behandlung einer zum Ausbruch kommenden Nebenhodenentzündung muß man unter Beiseitelassung jeglicher localer Eingriffe auf

die Harnröhrenschleimhaut durch Einspritzungen, Irrigationen oder Sondeneinführungen das Hauptaugenmerk auf den Umstand richten, für das entzündete Organ absolute Ruhe und Immobilisirung, ferner Entlastung des durch die Volumzunahme vermehrten Gewichtes durch vorsichtiges Emporheben und Nachvornlagern herbeizuführen, sowie unter eventueller Anwendung von Antiphlogose und Resorbentien eine Verkleinerung der Geschwulstmasse durch eine dem Grade der Empfindlichkeit angepaßte Compression anzustreben. Jede Therapie, die diesen Anforderungen entspricht, ist sich des Wesens des pathologischen Zustandes wohl bewußt und vermag zur Beseitigung desselben eine heilsame Wirkung zu entfalten. Sicherlich in vollkommenster Weise werden die aufgestellten Bedingungen erfüllt durch die Verordnung der horizontalen Rückenlage. Der Befolgung dieser idealen Vorschrift wird jedoch von einer großen Anzahl der Kranken durch die notwendige Rücksichtnahme auf den Beruf allzu häufig ein unüberwindliches Hindernis entgegengesetzt. Ein großer Teil des tripperkranken Publikums perhorrescirt eben alles, was die Erfüllung seines Berufes beeinträchtigen und dadurch zum Verräter seines Krankheitsgeheimnisses werden könnte, und so hat sich als eine leicht verständliche und begründete Consequenz der von Seite des ärztlichen Beraters dem Patienten entgegenzubringenden Berücksichtigung seiner Wünsche, einerseits in Hinblick auf die Discretion und Geheimhaltung des Krankheitsübels, andererseits bezüglich der Arbeitsfähigkeit und Geschäftstüchtigkeit während des Ueberstehens einer Nebenhodenentzündung, die ambulante Behandlung der Epididymitis gonorrhoica entwickelt. Die ambulante Methode bietet dem Leidenden einen möglichst vollständigen Ersatz der Bettbehandlung und hat die Aufgabe, dem Kranken während des Herumgehens durch Anlegung eines passenden Schutzverbandes mit Tragvorrichtung das entzündete Organ in permanenter, ruhiger Fixation zu erhalten, zu immobilisiren, ferner durch eine geeignete Suspension nach oben und vorn das Schwergewicht und Herabhängen der Geschwulst aufzuheben und eventuell zur erwünschten Zeit eine zweckentsprechende Compression des bestehenden Entzündungstumors zu bewirken. Sämtlichen Postulaten ist man in der Lage, in befriedigender Weise gerecht zu werden mit Hilfe eines solide gearbeiteten, richtig construirten Suspensorium Scroti, wie z. B. das von A Nicolai in Berlin verfertigte Suspensorium nach Langlebert. Durch eine gut und gewissenhaft ausgeführte Anlegung eines Langlebert-Suspensoriums wird die gesamte Scrotalregion gegen jede äußere Schädlichkeit, besonders vor Erschütterung, Druck, Zug und Stoß sicher geschützt, der Hodensack verharrt samt seinem Inhalt in einem Zustande von permanenter Fixation und Immobilisirung, und endlich wird eine ergiebige Elevation in der Richtung nach vorn und oben durch Anziehen der Bindenzügel ermöglicht, mit welcher eine leicht regulirbare Compressivwirkung verbunden werden kann. Bezüglich der vom Verf. erzielten Resultate ist darauf hinzuweisen, daß seit Einführung der ambulanten Behandlung der Nebenhodenentzündung etwa 75 pCt. aller Patienten den Ablauf ihres Leidens beim Herumgehen durchmachen konnten und daß nur

25 pCt. der Kranken zur Bettruhe bezw. zur Uebersiedelung in ein Krankenhaus genötigt waren. Wenn aber selbst unter ungünstigen Verhältnissen auch nur in der Hälfte der Fälle die erfolgreiche Durchführung der ambulanten Nebenhodenbehandlung gelingen sollte, so dürfte dieser Heilmethode als einer dem Verlangen zahlreicher Kranken Rechnung tragenden, sowie mit bei Weitem geringeren Ausgaben und Umständlichkeiten verknüpften für die Zukunft eine bleibende Stätte unter den therapeutischen Maßnahmen gewahrt sein. Allerdings eignet sich die ambulante Behandlung vorzugsweise für die gutartigen, normal verlaufenden Nebenhodenentzündungen ohne üble Complicationen. Contraindicirt dagegen ist diese Methode bei den freilich nicht häufigen Erkrankungsformen, wo in Folge von außergewöhnlich starken neuralgischen Symptomen des Hodens und Samenstranges, von unerträglichem Leistenschmerz, selbst ein leiser Druck des Suspensoriums nicht vertragen wird, bei enormer Funiculitis, bei ausgedehnter Hydrocele, bei Abscedirungen des Nebenhodens Tuberculöser, bei complicirender Peritonitis, sowie bei gleichzeitiger acuter Prostatitis, glücklicher Weise seltenen Zufällen, für welche unbedingt strengste Ruhe und Bettlage verordnet werden muß.

Die im acuten Stadium der Epididymitis fast immer vorhandenen Fiebererscheinungen, als Schüttelfröste, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, bekämpft Verf. sofort energisch durch innerliche Verabreichung von Salipyrin (1 g dreimal täglich) oder noch häufiger durch Natrium salicylicum (3—5 g pro die), besonders gern in Lösung nach der Berliner Magistralformel der Mixtura antirheumatica. Selbstverständlich erscheint es, daß man solche Patienten, bei denen Zeit und Erwerb keine Rolle spielen, die floride Entzündung überhaupt im Bett durchmachen lassen kann, um nach Ablauf weniger Tage zum Langlebert-Suspensorium überzugehen. Da, wo ein bedeutender Entzündungsgrad es erheischt, empfiehlt Verf., bei der Nachtzeit vom Kranken häufig zu erneuernde Umschläge mit Eiswassercompressen auf das hoch gelagerte Scrotum vornehmen zu lassen, während am Morgen beim Aufstehen wiederum der kunstgerechte Gehverband angelegt wird. Viele Patienten fühlten sich mit ihrem erkrankten Nebenhoden im Suspensorium so wohl und behaglich, daß sie es vorzogen, dasselbe auch während des Schlafes umzubehalten.

Gegen die nach dem Aufhören der entzündlichen Schwellung zurückbleibenden, manchmal recht voluminösen Infiltrate erweisen sich feuchtwarme Umschläge, im Suspensorium mit Gazecompressen applicirt und mit Guttaperchapapier bedeckt, als äußerst wirksam. Zum Zweck einer schnelleren Verkleinerung und Volumsabnahme des Exsudates darf die gleichzeitige locale Application resorbirender Medicamente nicht unversucht bleiben, von denen Verf. fast sämtliche, so Unguentum Kalii jodati, Unguentum Jodi, Unguentum Hydrargyri cinereum, Unguentum Ichthyoli, Jodoformcollodium, Ichthyolglycerin im Laufe der Zeit mit mehr oder weniger Nutzen gebraucht hat. Seit Einführung der Vasogene in die Heilkunde hat Verf. diesen Mitteln eine besondere Beachtung geschenkt und ist nach einer ausgedehnten

Verwendung derselben bei epididymitischen Anschwellungen durch die damit erzielten Erfolge in hohem Maße zufriedengestellt. Die Vasogenpräparate, speciell die Jodvasogenverbindungen, werden an Kraft und Schnelligkeit der Resorptionswirkung zur Zeit von keinem der vom Verf. geprüften Agentien übertroffen. Unter Benutzung der vortrefflichen, resorbirenden Functionen der Jodvasogene in Verbindung mit hydrotherapeutischen Maßnahmen gelingt es in den meisten Fällen, eine augenfällige Verkleinerung des Nebenhodentumors zu erreichen, und zwar um so schneller, wenn eine vorsichtige mechanische Compression der Infiltrate durch eine von Tag zu Tag vermehrte Polsterung des Tragbeutels durch dünne, neu hinzugefügte Watteschichten damit combinirt und zugleich für eine straffere Anziehung der Bindenzügel des scrotalen Gehverbandes Sorge getragen wird. Durch diese letztere, zweckmäßig vorgenommene Manipulation macht sich außer der Anhebung und Nachvornlagerung des Scrotums und seiner entzündlichen Contenta auch der wirksame Einfluß des Langlebert-Apparates als Compressivsuspensorium in ausgezeichneter Weise geltend.

Zum Schluß faßt Verf. die Resultate seiner Arbeit dahin zusammen: 1. Die ambulante Behandlung liefert in der Mehrzahl der gutartigen, normal verlaufenden, nicht complicirten Fälle von gonorrhoischer Nebenhoden-Entzündung günstige Erfolge. 2. Die ambulante Behandlung, ausgeführt mit Hilfe eines practisch construirten Gehverbandes, bewirkt eine sichere Fixation und Immobilisirung, sowie Elevation und Suspension des erkrankten Nebenhodens und ermöglicht eine zweckmäßige Compression desselben, erfüllt demnach sämtliche für die Heilung der Epididymitis gonorrhoica erforderlichen Bedingungen. 3. Die ambulante Behandlung ist bei denjenigen Epididymitikern, für welche die ungehinderte Berufserfüllung oder die Geheimhaltung ihrer Erkrankung eine Existenzfrage bildet, ohne Bedenken zu versuchen. Lubowski.

Dr. Kollmann (Leipzig): **Intraurethrotomie bei weiten Stricturen.** (Vortrag und Demonstration, gehalten auf dem 28. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Centralblatt f. Chirurgie 1899, No. 27.)

K. demonstrirte drei Instrumente, die zur Intraurethrotomie bei sog. weiten Stricturen der Harnröhre bestimmt sind. Er ging bei der Construction derselben von der Ansicht aus, daß die Einstellung der Strictur durch das Gefühl vorteilhafter sei, als die durch Messung vom Orificium aus. Die Instrumente K.'s unterscheiden sich von den älteren dadurch, daß man mit ihnen durch das Tastgefühl sowohl den centralen wie auch den peripheren Strictureneingang gleichzeitig einstellen kann; durchschnitten wird nach geschehener Einstellung nur das, was dazwischen liegt. Bei dem Instrument No. I (Fig. 1) geschieht die periphere Einstellung durch endoskopische Tuben, die Instrumente No. II (Fig. 2) und No. III (Fig. 3) besitzen aber in sich selbst die Vorrichtung zur Einstellung des Ein- und

Ausganges der Strictur. Die Instrumente No. II und No. III dienen auch dazu, um rein diagnostisch die Länge einer Strictur genau ermitteln zu

Figur 1.

Figur 2.

Figur 3.

können. Am genauesten läßt sich die Messung ermöglichen durch das Instrument No. III. Die Instrumente No. I und No. II eignen sich zur Incision

von Stricturen eines Calibers von ca. 18 bis ca. 32 Charr. Das Instrument No. III kann für alle Infiltrate bei einem Lumen von etwa 25 Charr. ab nach aufwärts ganz bequem angewandt werden; es läßt sich bis auf 45 aufschrauben. Mit einem besonderen Schlußdeckel der oberen Rinne versehen, ist das Instrument zugleich als ein guter zweiteiliger Dehner nach Oberländer zu verwenden.

Sämtliche Instrumente sind ausschließlich aus Metall hergestellt; sie lassen sich in allen Teilen leicht auseinander nehmen und daher bequem reinigen und kochen. Sie werden angefertigt in der mechanischen Anstalt C. G. Heynemann in Leipzig.

Im Gegensatz zur Behandlung enger Stricturen läßt sich die Behandlung weiter Stricturen auch bei der Schnittmethode fast immer ambulant durchführen. M. L.

G. Lyon: **Traitement interne de la blennorrhagie.** (Le progrès médical 1899, No. 33.)

Rp. Natrii bicarbonici . . 5,0
Sacchari albi 40,0
Olei Citri . . . . . gtt. II
Aquae 1000,0
MDS. Als tägliches Getränk zu gebrauchen (Fournier).

oder Rp. Natrii bicarbonici . . . 30,0
Natrii salicylici 10,0
MDS. 2 Kaffeelöffel auf 1 l Citronenlimonade (Balzer).

Gegen Erectionen:

Rp. Camphorae tritae . . . 3,0
Extract. Opii 0,2
M. f. pil. No. 20, S. 4 Pillen innerhalb $^1/_4$ Stunde zu nehmen.

oder Rp. Lupulini
Sacchari albi . . . . āā 2,0
M. f. pulvis.

oder Rp. Antipyrin . . . . . 2,0—3,0
S. Aeußerlich zu einem Klystiere zuzusetzen.

oder Rp. Syrup. cort. Aurantior.
Syrup. Codeini . . . āā 200,0
Kal. bromati 10,0
MDS. 2 Eßlöffel Abends und Nachts z. n.

oder noch besser Rp. Camphorae bromatae 4—5 Capseln z. n.

Gegen den Ausfluß:

Rp. Cubebar. 100,0
Bals. Copaivae 60,0
Tartari ferrati puri . . . 10,0
Syrup. Ratanhiae q. s.
MDS. 4mal täglich eine haselnußgroße Pille z. n.

oder Rp. Balsami Copaivae
Extract. Cubebar. . . āā 30,0
Ferrii carbonici 2,0
Natrii salicyl. 15,0
M. f. pil. pond. 0,6. S 6—12 Pillen tägl. z n. (Balzer).

oder Rp. Balsami Copaivae . . . 1,0
Cubebar. 2,0
Ol. Menth. pip. . . . gtt. I
M. f. pil. D. tal. dos. No. 50. S. 6—8 Pillen pro die z. n.

oder Rp. Balsami Copaivae . . . 20,0
Cubebar. 40,0
Salol 10,0
MDS. 5—6 haselnußgroße Pillen tägl. z. n.

oder Rp. Ol. Santali . . . . . 0,3—0,4
D. in caps. gelatinos. S. 6—12 Capseln tägl. z. n.

Immerwahr (Berlin).

III. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Barthélemy: **Au sujet du mémoire de M. de Beurmann sur les limites de l'infection syphilitique.** (Ann. de derm. et de syphil. 1899, No. 7. Soc. de dermat. et de syphil., séance du 13. juillet 1899.)

B. führt eine Reihe von Fällen auf, in denen mit ungenügend behandelten, syphilitischen Männern verheiratete Frauen, die niemals ein Zeichen von Syphilis darboten, nach 3—15 Jahren die schwersten Symptome zeigten. Teilweise handelt es sich hier um Geisteskrankheiten, um Arteriosclerose, frühzeitige Aneurysmen, Tabes, teilweise um bacillenfreie chronische Bronchopneumonie.

Die Behandlung ist sehr schwierig, da man sich bei der Ungewißheit des Zusammenhanges nur schwer und spät und erst, wenn alle anderen Mittel versagen, zur Anwendung einer energischen und folgerichtigen Quecksilberkur entschließt. Dreyer (Köln).

Prof. Rille (Wien): **Fall von Pigmentsyphilis.** (Vortrag mit Demonstration, gehalten in der wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Innsbruck. Wiener klin. Wochenschrift 1899, No. 28.)

Am Stamm und an den Extremitäten der 33jährigen Patientin befinden sich in reichlichster Verbreitung dicht gedrängt stehende, dunkelbraune bis schiefergraue, pigmentirte, jetzt bereits im Hautniveau befindliche Reste

eines papulösen Syphilides, zwischen denen namentlich an den Extremitäten hin und wieder noch einzelne kleinpapulöse, bereits in der Involution begriffene Efflorescenzen sich finden. Hals und Nacken zeigen eine ausgebreitete Pigmentsprenkelung aus der gleichen Ursache, wodurch demnach durch eine specifische Affection selbst ein syphilitisches Leukoderma vorgetäuscht wird. An der Mundschleimhaut und an den Labien nässende Papeln. Krankheitsdauer seit der Infection 10—11 Monate. Die Kranke giebt an, daß ihr gegen das Exanthem zahlreiche Schwefelbäder verordnet waren, doch ist ein Zusammenhang zwischen diesen und der selten intensiven Pigmentirung kaum anzunehmen. Auch das Gesicht war vom Exanthem dicht besetzt und zeigt gegenwärtig umschriebene, kupferrote Verfärbung.

M. L.

1. Ángyán: **Ein Fall von Lebersyphilis.** (Vortrag, gehalten im Verein der Spitalärzte zu Budapest am 22. März 1899. Ung. med. Presse 1899, No. 25.)
2. Róna: **Ein Fall von Lues maligna.** (Ibid.)
3. Róna: **Die erste Manifestation am rechten unteren Augenlid.** (Ibid.)
4. Bruckmeyer: **Ein Fall von ererbter Syphilis.** (Ibid.).
5. Huber: **Lues hereditaria mit zerfallenem gummösen Syphilid des harten Gaumens.** (Ibid.)

1. Bei der 41jährigen, stark abgemagerten, cachectischen Patientin ist Vergrößerung des linken Leberlappens zu constatiren, ferner sind schon mit freiem Auge zwei nußgroße Höcker in der Lebergegend zu sehen, die wie auch die übrige höckerige Leberoberfläche sehr hart sind. Gegen Carcinom spricht die Entwicklung der Krankheit, das Fehlen der Milzvergrößerung und das Alter der Kranken. Für Lues sprechen die schon seit Jahren bestehenden und besonders zur Nachtzeit eintretenden Kopf- und Unterschenkelschmerzen, eine haselnußgroße Geschwulst an der Stirn, die seit einem Jahre zunehmende Schwäche, wogegen der schmerzhafte Lebertumor erst seit zwei Wochen sich zu entwickeln begann, und endlich die Vergrößerung der Lymphdrüsen. Auf antiluetische Kur hin besserte sich der Zustand zusehends, und ist Hoffnung vorhanden, daß die Kranke gesund wird.

2. Ueber dem ganzen Körper der 51jährigen Frau papulöses Syphilid. Fortwährendes mittelhohes Fieber und Schwäche. Besonders die inguinalen Drüsen sind mächtig vergrößert. Die primäre Läsion oder deren Spur konnte man nicht finden. Die Ursache der Malignität konnte gleichfalls nicht constatirt werden.

3. Am rechten oberen Augenlid der 24jährigen Frau eine braunrote, knorpelharte, scharf begrenzte, mit braun-schwarzer Borke bedeckte, schmerzlose Infiltration von der Größe eines großen Nagels. Vergrößerte Drüsen unter dem rechten Unterkiefer. Allgemeines maculöses Syphilid. Die Primär-

läsion stammt wahrscheinlich, wie die Patientin aussagt, von den Küssen ihres Geliebten.

4. An der behaarten Kopfhaut der 18jähr. Patientin ein thalergroßes, livides Geschwür, dessen Grund mit einem gelb-braunen Beleg versehen ist. Vom linken Mundwinkel bis zur Mitte des Halses ein zwei Finger breiter, mit gelbem Eiter bedeckter, teilweise mit Geschwüren versehener Streifen. Am Unterarm ein thalergroßes, livides Geschwür. Im unteren Drittel des Oberarmes ein Gumma. Die Haut vom unteren Drittel des Oberarmes bis zum oberen Drittel des Unterarmes livid, infiltrirt, uneben. Der geschwürige Proceß heilte auf Empl. hydr. sehr rasch. Innerlich Jodkali und äußerlich Hg-Einreibungen.

5. Bei der 17jährigen Patientin an zahlreichen Stellen des Körpers hypertrophische Narben. Der ganze Kopf macht den Eindruck eines Hydrocephalus. Beiderseits schlechtes Hören, des Nachts sich steigernde Kopfschmerzen und Ohrensausen. An beiden Augen Reste von Keratitis parench. Vergrößerte Lymphdrüsen. Der ganze harte Gaumen in Form einer Sanduhr von vorn bis hinten in der Mittellinie gespalten. Die Ränder dieser Spalte mit Geschwüren bedeckt. Hutchinson'sche Zähne. Die Kranke ist hochgradig anämisch, infantil, menstruirt nicht. Sie bekommt innerlich Jodkali, ferner wird Hg-Schmierkur ordinirt und die Geschwüre mit Lapis behandelt. M. L.

Prof. Seleneff: **Ueber die Bedeutung der Syphilis in der Aetiologie der Hautkrankheiten.** (Vortrag, gehalten auf dem VII. Congreß der russ. Aerzte zu Kasan. Wratsch 1899, No. 28.)

S. berührt die Frage der sog. parasyphilitischen Hauterkrankungen, welche seiner Meinung nach ziemlich häufig beobachtet werden und sowohl in therapeutischer, wie auch in diagnostischer Beziehung von großer Wichtigkeit sind. Der Zusammenhang zwischen Syphilis und Erkrankungen der Haut ist so groß, daß derselbe sich nicht nur auf einzelne klinische Formen, sondern auf ganze Gruppen von Hautkrankheiten erstreckt, wie auf Erytheme, Ekzeme, exanthematöse Hauterkrankungen, Urticaria, Hautödeme, knötchenförmige Affectionen, Keratosen, pustulös-papulöse Exantheme und Geschwüre, Blutergüsse einschließlich des Sarcoma pigmentosum idiopathicum Kaposi, Hypertrophien und Atrophien der Haut und ihrer Adnexe, Neubildungen, sowie Parästhesien, Hyperästhesien und Anästhesien der Haut. S. bespricht eingehend die Wechselbeziehungen zwischen Syphilis und den aufgezählten Hauterkrankungen und gelangt zu dem Schlusse, daß die Syphilis in der Aetiologie der Hauterkrankungen eine große Rolle spielt und sich in Form von Hautaffectionen ohne jegliche andere pathognomonische Syphilide äußern kann. Die Syphilis vermag auch Veranlassung zur Entstehung von Hautaffectionen von vornehmlich trophoneurotischem Character zu geben, welche sich entweder gleichzeitig mit den Syphiliden oder vor Ausbruch derselben entwickeln. Die Entstehung der Hauterkrankungen bei Syphilis wird wahrscheinlich durch den Einfluß der letzteren auf das centrale. sympathische und

periphere Nervensystem bedingt; unter dem Einflusse des Syphilisgiftes entstehen in den Geweben Producte, welche eine secundäre Infection begünstigen. Li.

Fournier: **Deux cas de syphilis réfractaire au traitement spécifique.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 7. Société de derm. et de syph., séance du 13. juillet 1899.)

Der eine Fall besteht seit $2^1/_2$, der andere seit 4 Jahren. Fast ohne Unterbrechung sind beide allen Behandlungsmethoden unterworfen — ohne Erfolg. Auch Calomelinjectionen (40 bezw. 120) führten keine Heilung herbei. Eine Panacée stellt also auch dieses Mittel nicht dar. Im ersten Falle schiebt F. den Mißerfolg der Therapie auf hereditäre Belastung (die Mutter war tuberculös, der Vater Absynthtrinker). Die locale Behandlung war nicht vernachlässigt. Darauf, daß sie häufig anfangs nicht zum Ziele führt, weist namentlich Barthélemy hin. Chirurgische Maßnahmen oder Injection löslicher Hg-Salze in der Nähe der Efflorescenzen sind zuweilen nötig. Dreyer (Köln).

Dr. Kiesling: **Ein Fall von Lues galoppans mit schweren Knochenaffectionen.** (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Charitéärzte vom 2. März 1899. Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 35.)

Der 27jährige Patient, welcher schon im 17. Lebensjahre einen Bubo überstanden hat, steckte sich Anfang Juli 1896 an. 14 Tage später entwickelte sich an der Vorhaut ein phagedänisches Geschwür und nötigte ihn, die Klinik aufzusuchen. Anfang August traten neben einem vereiternden, allmählich heilenden Bulbo die ersten allgemeinen syphilitischen Erscheinungen auf in Gestalt eines pustulösen Exanthems auf dem Rumpf und einer ulcerösen Angina. Mitte September wurde ein Ergriffensein der Ellenbogen- und Handgelenke beobachtet. Unter Behandlung mit Sublimatbädern und Jodkali schwanden jedoch sämtliche manifesten Symptome, so daß der Patient auf seinen Wunsch am 6. October 1896 entlassen werden konnte. 18 Tage später aber fand er sich bereits wiederum in der Klinik ein. Jetzt war der ganze Körper mit rhypiaförmigen Efflorescenzen bedeckt, auf den Mandeln zeigten sich tiefgreifende Geschwüre und am Manubrium sterni und rechten Akromion bemerkte man periostale Auftreibungen. An letztere schlossen sich nach drei Wochen ebensolche an beiden Tibien an. Im Februar 1897 kam es zu einer Periostitis am rechten Stirnbeinhöcker, im März zu periostealer Erkrankung einiger Metacarpal- und Metatarsalknochen, des linken Tuber frontale und beider Orbitalränder, im April zu neuen Exostosen an den Schienbeinen und Knochen, im Mai zu solchen in der rechten Fibula und an den Gelenkteilen der Kniegelenke. Daneben bildeten sich ständig Rhypiageschwüre auf der Haut, während zugleich geschwürige Processe den unteren Teil der Eichel allmählich zerstörten. In dieser Form

verläuft das Leiden weiter; die Krankheitsgeschichte meldet immer neue Auftreibungen an den verschiedenen Knochen der oberen und unteren Extremitäten, an den Schädel- und Gesichtsknochen. Im Februar 1898 bricht ein langsam größer, weicher und schmerzhafter gewordenes Gumma der linken Ulna spontan nach außen auf, im August 1898 ein gleiches über dem rechten Scheitelbein. Im Herbst 1898 kommen gummöse Processe auf dem Stirnhöcker und der rechten Ulna zu einem eitrigen Zerfall. Im December 1898 geschieht dies bei Auftreibungen an dem linken Schlüsselbein und in der Mitte der Stirn. Während des Januar 1899 folgen dann Gummata an dem linken Radius, dem Oberkiefer, dem linken Akromion. Nebenher entstehen frische Knochenauftreibungen, welche sich unter heftigen Schmerzen des Patienten vergrößern und zu fluctuiren beginnen. In geringerem Grade dagegen als im Anfang des Leidens ist die Haut beteiligt; nur noch selten und vereinzelt sind in der letzten Zeit tuberöse oder ulceröse Hautsyphilide erschienen. Außer Haut und Knochensystem hat die Krankheit den Kehlkopf und den linken Hoden betroffen. Bei ersterem rief sie im December 1897 gummöse Processe an beiden Stimmbändern hervor, die jetzt vollständig abgelaufen sind. In der Hodensubstanz entwickelte sich zuerst im Mai 1897 ein Gumma, welches sich nach außen entleerte, und in letzter Zeit ein zweites, noch nicht in Zerfall übergegangenes. Im Verlaufe der Krankheit war die Temperatur fast beständig erhöht; sie stieg Abends bisweilen bis 39 und 40°, bei täglichen Remissionen von 1,5—2°. Die Krankheit entwickelte sich, ohne von der Therapie irgend wesentlich beeinflußt zu werden; nur bei Jodkaligebrauch ließen die heftigen Schmerzen nach und gingen einzelne Gummata zurück; jedoch mußte das Medicament immer bald ausgesetzt werden, da es auf der Haut und in dem Digestionsapparat schwerere Störungen hervorrief.

Was dem Falle besonderes Interesse verleiht, ist der Umstand, daß die syphilitischen Veränderungen im Periost und Knochen mittelst Röntgenphotographie genauer studirt wurden. Es zeigte sich, daß man mit Hilfe des Röntgenbildes nicht nur festzustellen vermag, welche Knochen erkrankt sind, in welcher Weise der Proceß vor sich gegangen ist und zu welchem Grade er sich entwickelt hat, sondern daß es auch über die pathologische Anatomie Aufklärung geben kann. So zeigte sich bei der bestandenen Periostitis ossificans, daß die Verknöcherung zunächst das Infiltrat zwischen dem abgebogenen Periost und dem Knochen betrifft, dann aber auch in die Knochensubstanz selbst übergeht und diese sclerotisirt und verdickt. Von dem Knochengumma lehrte das Röntgenbild zwei characteristische Merkmale: die Zerstörung und die Neubildung. Man erkennt, wie die Einschmelzung in dem Centrum der Geschwulst gleichmäßig alle Gewebe ergreift, wie an dieser Stelle die Knochensubstanz wie durch einen mechanischen Eingriff entfernt ist. Man beobachtet aber weiterhin, daß in der Umgebung des Defectes die Knochensubstanz zunimmt, und zwar nicht nur an den Seitenrändern, sondern auch an dessen Grunde nach der Markhöhle hin. M. L.

Dr. v. Navratil: **Multiple Gummata der Zunge.** (Pester med.-chir. Presse 1899, No. 32.)

Der 50jährige Patient giebt an, vor 25 Jahren ein Ulcus penis acquirirt zu haben, welches durch Anwendung von grauer Salbe in wenigen Tagen geheilt war. Seit dieser Zeit hat er an sich nichts Krankhaftes beobachtet, an ein Hautexanthem erinnert er sich nicht. Status praesens: Auf der Zungenoberfläche und an den Rändern beiderseits, von der Zungenspitze etwas auf die untere Fläche sich ausbreitend, befinden sich schmerzlose, scharfrandige, sich über die Oberfläche erhebende, harte, ovale, unebene Geschwüre, welche mit schmutziggelbem Belag bedeckt sind. In der rechten Submaxillargegend ist eine taubeneigroße Drüse fühlbar, die frei beweglich und etwas empfindlich ist. Occipital- und Inguinaldrüsen überall fühlbar, auf beiden Handtellern die Zeichen von Psoriasis palmaris luetica. Patient klagt über häufige Kopfschmerzen. Antiluetische Behandlung. Besserung schon nach einigen Tagen. M. L.

Paul Gastou: **Modifications épithélioïdes de la muqueuse linguale dans un cas de glossite gommeuse et mercurielle.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 7. Soc. de derm. et de syph., séance du 13. juillet 1899.)

Der vorgestellte Kranke gehört in eine Reihe mit zwei anderen, auf der Abteilung Fournier's beobachteten Patienten, bei denen eine alte, mit Gummen, Ulcerationen und Infiltration der Zunge verknüpfte Syphilis nach der Behandlung mit unlöslichen Quecksilbersalzen zu brüsker allgemeiner Stomatitis mit Ulcerationen der Zunge, pseudomembranösen Geschwüren am Gaumen und teilweiser Gangrän führte. Die Heilung gelingt nicht. Im Gegenteil, die Zungengeschwüre werden größer, neue treten auf, die Ränder werfen sich auf, werden hart, und obwohl reichlicher blutiger Speichel sich entleert und heftige Ohrenschmerzen auftreten, entwickeln sich erst spät Drüsenschwellungen unter dem Kiefer. Eine histologische Untersuchung ergiebt im Centrum der Ulcerationen syphilitisches Granulationsgewebe, an den Rändern dagegen Epithelwucherung, die auch in die Tiefe der Ulceration eindringt. Gegen Carcinom spricht der Mangel der Drüsenschwellung, eine Epithelwucherung dieser Art nach Quecksilbergebrauch würde zum Mindesten ungewöhnlich sein. Gaucher bricht bei dieser Gelegenheit eine Lanze für die löslichen Salze des Quecksilbers gegenüber den zwar bequemeren, aber in ihrer Wirkung unberechenbaren unlöslichen, während Barthélemy auf Grund seiner Erfahrungen die unvergleichlich bessere Wirkung der letzteren betont. Dreyer (Köln).

de Beurmann et Delherm: **Syphilis gommeuse.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 7. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 13. juillet 1899.)

Die 30 Jahre alte Frau hat niemals Symptome primärer oder secundärer Syphilis gezeigt. Eine Geschwulst am Arm (Gumma) wurde deshalb

auch nach zu kurzer antisyphilitischer Behandlung, als daß eine Heilung bezw. Besserung eintreten konnte, chirurgisch entfernt. Seitdem haben sich ähnliche Geschwüre multipel an Kopf, Gesicht und Rumpf entwickelt, die einer Quecksilber-Jodbehandlung prompt weichen. Gleichzeitig wird eine zweite falsche Diagnose erwähnt. Ein Krebs der Anorectalgegend war festgestellt worden; auch hier brachten zwei Dupuytren'sche Pillen und 10 g Jodkali Heilung. Dreyer (Köln).

J. Babinski et A. Charpentier: **De l'abolition des reflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 7. Soc. de derm. et de syph., séance du 13. juillet 1899.)

Der Mangel des Pupillarreflexes, namentlich des Lichtreflexes, wird, wenn er constant auftritt und wenn eine Veränderung am Auge, am Nervus opticus und eine Paralyse des Oculomotorius fehlen, als ein fast oder vollkommen pathognomonisches Symptom der erworbenen oder hereditären Lues hingestellt. Als Beweis werden zunächst die Fälle von Tabes und progressiver Paralyse angezogen, die sämtlich auf Syphilis zurückgeführt werden. Außerdem wird über fünf Fälle hereditärer, sechs Fälle erworbener und zwei Fälle zweifelhafter Lues berichtet, bei denen der Reflex fehlte. Abgeschwächter Reflex kommt auch bei Alkoholikern vor. Dreyer (Köln).

Karl Stiassny: **Ueber rectale Application des Quecksilbers bei Lues.** (Vortrag, gehalten im Budapester königlichen Aerzteverein. Pester med.-chirurg. Presse 1899, No. 29.)

Die Untersuchungen, welche diesem Vortrage zu Grunde liegen, umfassen im Ganzen 13 Fälle.

Die Resorption des Hg bei rectaler Application in Form von Suppositorien wird bewiesen durch die in allen 13 Krankheitsfällen aufgetretenen mercuriellen Symptome: Stomatitis, Salivatio; die Untersuchungen über das Verhältnis des resorbirten und eliminirten Hg sind noch nicht abgeschlossen. Was den dritten Beweis, nämlich den Nachweis des resorbirten Hg in den Geweben, anbelangt, gelang es, aus einer excidirten Papel mittelst Schwefelwasserstoff Schwefelquecksilber herzustellen, und ließen sich in den gefärbten Schnitten dieselben Veränderungen antreffen, wie in Schnitten nach endermatischer, hypodermatischer oder interner Application des Quecksilbers. Was die Wirkung betrifft, ließ sich ausnahmslos mehr oder minder hochgradige Rückbildung der luetischen Symptome mit Besserung des Allgemeinbefindens und Hebung des Körpergewichts constatiren. Nachteilige Wirkungen wurden weder allgemeine noch locale bemerkt. Die Dosis betrug in den ersten fünf Tagen 0,50 g Unguent. ciner., in den zweiten fünf Tagen 1,0 g, von da an bis zum Schluß der Behandlung 1,5 g mit der entsprechenden Menge Butyr. Cacao. Neuerdings wurden bei einem Patienten Dosen von 2,0 versucht. Selbstverständlich wird erst nach länger fortgesetzten Versuchen ein Urteil und Feststellung der Details, der Dosirung etc. möglich sein. M. L.

Dr. Géza Varga: **Graue Salbe in Pillen gegen Syphilis.** (Pester med.-chir. Presse 1899, No. 35.)

Bekanntlich ging von Anuschat der Vorschlag aus, die Syphilis mit grauer Salbe in Pillenform zu behandeln. Seine Vorschrift ist folgende: Rp. Hydrarg. metallici pur. 5,0; Lanolini 10,0, Extingue. Hg. exactissime terendo adde Radicis Altheae qu. s. ut f. pilulae No. 100. S. 2mal täglich 1 Pille in Oblate zu nehmen. Mit diesen Pillen, von denen eine jede 3,0 graue Quecksilbersalbe bezw. 0,5 Quecksilber enthält, will nun Anuschat glänzende Erfolge erzielt haben, und die darauf bezüglichen Mitteilungen veranlaßten Török, den Verfasser mit der Nachprüfung der Angaben Anuschat's zu beauftragen. Eine besondere Auswahl der Fälle fand nicht statt. Die Patienten bekamen innerhalb 14 Tage zwei Pillen täglich, darauf folgte eine Pause von acht Tagen, sodann Wiederholung der früheren Kur. Seine gesamten Erfahrungen resumirt Verf. in folgender Weise: Es ist zweifellos, daß die Quecksilberpillen, die das metallische Quecksilber in in einem fetten Vehikel enthalten, eine bedeutende antisyphilitische Heilkraft besitzen. Durch dieselben werden die syphilitischen Krankheitsproducte der Haut, und zwar sowohl secundärer als auch tertiärer Natur, günstig beeinflußt. Dabei ist die Heilmethode angenehmer, nicht complicirt, verlangt vom Willen des Kranken nicht allzu viel. Sie ist so einfach, daß sie vom Kranken leicht verstanden und durchgeführt werden kann. Ihrer Durchführung steht kein Hindernis im Wege, da sie nicht auffallend und schmerzhaft ist, bei richtigem Gebrauch bleiben die unangenehmen Nebenwirkungen der Quecksilberkur vollkommen aus. Trotz dieser großen Vorteile glaubt Verf., daß es dieser Methode nicht gelingen wird, die anderen antisyphilitischen Heilmethoden, besonders die Schmierkur, zu verdrängen. Während der Schmierkur schwinden die syphilitischen Krankheitssymptome unvergleichlich schneller, als bei den grauen Pillen. Wenn also bei Syphilis eine rapidere und intensivere Behandlung indicirt ist, so müssen vor Allem die stärkeren Heilmethoden, besonders die Einreibungskur, in Anwendung genommen werden. Leichtere Recidive, sowohl secundärer als tertiärer Natur, wie auch während der Incubationszeit, wenn es nötig ist, kann man mit grauen Pillen behandeln. Außerdem sind die grauen Pillen statt anderer innerlich zu verabreichender Quecksilberpräparate angezeigt, wo eine energische Kur nicht durchgeführt werden kann. Li.

Dr. Richter: **Ueber Sanatogen, besonders bei Syphilis und Quecksilber-Kachexie.** (Deutsche Med.-Zeitg. 1899, No. 61.)

Die zahlreichen günstigen Urteile über das Sanatogen legten es nahe, dasselbe bei Syphilis anzuwenden, einer Krankheit, bei der teils durch die der Erkrankung eigenen, specifischen, noch unbekannten Toxine, teils durch das zu Heilzwecken angewendete Quecksilber eine Störung der Ernährung stattfindet Verf. hat nun bei sechs syphilitischen Patienten das Sanatogen angewandt und bei fünf deutliche Gewichtsvermehrungen erhalten. Der sechste Patient entzog sich der ihm lästigen Procedur des Wägens. Die

erzielten Gewichtsvermehrungen fallen um so mehr in's Gewicht, als die betreffenden Patienten, ohne sich schonen zu können, ihrem Erwerb nachgehen mußten, und zwar unter solchen in hygienischer Beziehung nachteiligen Verhältnissen, welche einer Gewichtszunahme fast stets hinderlich sind. Sämtliche Patienten bekamen ein objectiv besseres Aussehen und bekundeten aus freien Stücken eine Zunahme des Appetits und der Kräfte.

Lubowski.

Welander: **Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1899, Bd. 49, Heft 1.)

Vorliegende Arbeit ist lediglich der Verteidigung seiner Behandlungsmethode gegenüber den Angriffen Schuster's gewidmet, die auf's Energischste zurückgewiesen werden, zumal sie auf zu mangelhaften Versuchen basiren.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Prof. Dr. Galezowski: **Ueber die pathogenetische Bedeutung der Recidive bei syphilitischen Erkrankungen der Augen und die Mittel ihrer Verhütung.** (Wiener klinische Rundschau 1899, No. 31.)

Seit längerer Zeit war es dem Verf. aufgefallen, daß ein großer Teil der mit syphilitischen Augenerkrankungen behafteten Patienten in durchaus kunstgerechter und befriedigender Weise antisyphilitisch behandelt worden war und thatsächlich, abgesehen vom Sehorgan, eine vollkommene Heilung ihrer Krankheit erzielt hatte. Es lag somit die Frage nahe, welcher Ursache man diese Rückfälle der Syphilis zuzuschreiben hat. Um diese Frage zu beantworten, hat Verf. mit Hilfe eines Präcisionsophthalmoskops mit mathemathischer Genauigkeit Tag für Tag die Veränderungen geprüft, welche die verschiedenen Anwendungsformen des Jods und des Quecksilbers an den intraoculären Geweben hervorriefen. Dem Verf. fiel es dabei auf, daß gewisse luetische Augenerkrankungen, wie Iritis, Keratitis u. a. oberflächliche Affectionen der Secundärperiode unter der specifischen Behandlung rasch und leicht heilten, daß dagegen andere Erkrankungsformen, besonders die Chorioiditiden, nach internen Gaben von Quecksilber oder Jod fast gar keine Veränderungen zeigten. Angesichts dieser Mißerfolge machte Verf. an seinen Patienten bezüglich der Behandlung vergleichende Studien; er behandelte die einen mit Sublimat- und Protojoduretpillen, andere ausschließlich mit Jodkali, wiederum andere mit Quecksilbereinreibungen und schließlich einen Teil mit subcutanen Einspritzungen von Quecksilbercyanür. Auf diese Weise erfuhr er, daß gewisse Veränderungen der antiluetischen Behandlung trotzten; die Glaskörpertrübungen z. B., welche für die syphilitische Chorioiditis so characteristisch sind und welche von der Störung der secretorischen Function des Ciliarkörpers herrühren, verändern sich nicht im Geringsten unter dem Einfluß des per os gereichten Quecksilbers. Unter den zahlreichen Quecksilberpräparaten, welche er versuchte, übten jedoch einige eine deutlich heilende Wirkung auch in diesen Fällen aus, vor Allem die Lanolin-Queck-

silbersalbe, welche in Form von Einreibungen an wechselnden Körperstellen zur Anwendung gelangte. Der Augenhintergrund blieb oft volle drei Monate ohne jede deutliche Aenderung; erst nach Ablauf einer so langen Zeit begann das Augeninnere sich aufzuhellen. Um aber die Glaskörpertrübung ganz zu beseitigen, mußte man die Einreibungen volle zwei Jahre ohne Unterbrechung gebrauchen lassen; die so lange Zeit hindurch fortgesetzte Behandlung führte dann aber auch zur vollständigen Heilung der anderweitigen syphilitischen Symptome. Nach dieser Behandlung blieben dann auch alle weiteren Rückfälle der Syphilis aus.

Verf. nimmt in Folge dessen an, daß die wiederholten Attaken der intraoculären Erkrankungen die äußersten Ausläufer der luetischen Infection darstellen und beweisen, daß die Krankheit noch nicht ganz geheilt ist; hat dann aber der getrübte Glaskörper seine frühere Durchsichtigkeit erlangt, dann kann man mit Sicherheit die Syphilis als vollkommen geheilt ansehen, und der Kranke erscheint vor weiteren Augenerkrankungen luetischer Natur geschützt.

Die Anwendung des Jodkaliums ist bei syphilitischen Erkrankungen des Auges dagegen gerade contraindicirt, weil es Conjunctivitiden hervorruft.

M. L.

Dr. Solari: **Behandlung der syphilitischen Cephalalgien mit Jodkaliumklysmen.** (L'Indépendence médicale, 7. Juni 1899. Ref. nach Wiener med. Presse 1899, No. 32.)

Man muß die im Verlauf der Secundärperiode auftretenden nervösen, idiopathischen Kopfschmerzen von den symptomatischen Neuralgien der Tertiärperiode, die mit specifischen Erkrankungen der nervösen Centralorgane, bezw. ihrer häutigen und knöchernen Hüllen in Zusammenhang stehen, unterscheiden. Die idiopathischen Neuralgien, durch nächtliche Exacerbation gekennzeichnet, heilen fast sicher unter der Anwendung von Jodkaliklysmen, so daß hier dem Erfolg der Therapie auch eine diagnostische Bedeutung zukommt. Neben der sonstigen antisyphilitischen Behandlung bekommt der an syphilitischer Cephalalgie leidende Patient Abends, unmittelbar vor dem Schlafengehen, ein Klysma ($^1/_4$ der gewöhnlichen Menge lauwarmen Wassers, worin 2 g Jodkali aufgelöst sind). Falls der Patient das Klysma nicht zurückhalten kann, nimmt man eine geringere Wassermenge oder setzt einige Tropfen Opiumtinctur zu. Am nächsten Abend giebt man 3 g Jodkalium im Klysma, dann um je 1 g steigend, so lange, bis die Neuralgie aufhört, was binnen Kurzem der Fall zu sein pflegt. Im Bedarfsfall wird die Darreichung der Jodkaliumklysmen in der angegeben Weise wiederholt.

M. L.

Chraznowska: **Sur un cas d'hérédo-syphilis.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 7. Soc. de derm. et de syph., séance du 13. juillet 1899.)

Es handelt sich um ein neun Jahre altes Kind, dessen Wachstum seit dem vierten Lebensjahre vollständig sistirt. Die rachitischen Knochen-

veränderungen sind neben vielen anderen dystrophischen Erscheinungen die hervorstechendsten. Von Interesse ist die Frage, ob dieses Kind noch größer werden kann. Fournier bejaht sie auf Grund einer Beobachtung bei einer 12jährigen Zwergin, der Tochter eines syphilitischen Vaters. Nach Behandlung der Syphilis wuchs letzteres Kind in 2—3 Jahren in überraschender Weise. Dreyer (Köln).

Barthélemy: **Hérédo-syphilis tardive prise pour une tuberculose. Guérison rapide par l'huile grise.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 7. Soc. franç. de derm. et de syph., séance du 13. juillet 1899.)

Bei einem 15jährigen Mädchen besteht seit einem Jahre eine teilweise mit Krusten bedeckte, teilweise weiche Infiltration, die von der Nase bis zum rechten Auge reicht. Man hat dieselbe bisher als Hauttuberculose mit Emplastrum Vigo und Cauterisationen behandelt. Ein Tumor der Tibia, der vor zwei Jahren nach einem Trauma entstand und in der Nacht heftige Schmerzen bereitet, wurde von einer chronischen Osteomyelitis abgeleitet. Die Zähne der Patientin sind mißbildet, teils zu groß, teils zu klein, teilweise ausgefallen, schadhaft und gerillt. B. stellte die Diagnose hereditäre Lues ohne anamnestischen Anhalt und erzielte schon durch Injection von vier Tropfen grauen Oels völlige Heilung des Gesichtsausschlags und bedeutende Verkleinerung des Schienbeintumors. Balzer giebt an, daß er ganz kleinen Kindern 0,01—0,025 g Calomel injiciren konnte und daß Kinder über zehn Jahre dieselben Dosen wie Erwachsene vertragen. Dasselbe gilt vom Hydrargyrum oxydatum flavum. Smirnoff machte zuerst diese Injectionen bei Kindern. B. hat an seiner Tropfspritze zur Injection des grauen Oels eine Scala zur Bezeichnung der Dosen für Kinder nach dem Alter anbringen lassen. Dreyer (Köln).

Docent Szalárdi: **Wie sollen wir Säuglinge mit hereditärer Lues ernähren?** (Ungarische med. Presse 1899, No. 28—29.)

Vor Allem weist Verf. darauf hin, daß gleich bei der Geburt des Kindes niemals mit Sicherheit behauptet werden kann, ob dasselbe luetisch erkranken wird oder nicht, weil die Symptome der congenitalen Lues etwas später aufzutreten pflegen Bezüglich der Frage, wann spätestens nach der Geburt des Kindes die ersten Symptome der Lues auftreten, glauben die meisten Autoren, darunter auch Verf., daß in den ersten vier Wochen nach der Geburt unbedingt solche Symptome sich zeigen, aus denen man, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, doch den Verdacht schöpfen kann, daß Lues sich entwickeln wird oder nicht.

Was die Symptome der congenitalen Lues anbelangt, so sind die wichtigsten die, die sich auf die Hautveränderungen beziehen, und zwar gehört hierher in erster Linie die Schwellung der Nasenschleimhaut, die das Bild einer chronischen Coryza giebt. Nach der Coryza kommt dann die Hautinfiltration an Sohle, Handteller, am unteren Teil der unteren Extremitäten und am Gesäß. Während bei acquirirter Syphilis die Hautaus-

schläge solitär sind, ist bei der congenitalen Lues die ganze Haut in großer Ausdehnung infiltrirt. Ein wichtiges Zeichen der Lues congenita ist die Seborrhoe, die von der gewöhnlichen Seborrhoe sich dadurch unterscheidet, daß, wenn man bei letzterer die oberen Schichten abhebt, eine lebhaft rote, entzündliche, teilweise blutende Oberfläche zu Tage tritt, während bei der luetischen Seborrhoe diese vollkommen trocken ist. Auch die Lippen des Kindes sind infiltrirt, in der Mitte der Lippe und an ihren Rändern sind Einrisse zu sehen, in der Regel mit Belag versehene Fissuren. Ferner ist die Nagelwurzel entzündet, und je länger die Krankheit besteht, ein desto größerer Teil des Nagels ist erkrankt; der kranke Nagelteil (Nagelwurzel) ist von dem gesunden (Nagelspitze) durch eine scharfe Trennungslinie geschieden. Die Veränderungen im Knochensystem bestehen darin, daß bei den langen Röhrenknochen die Epiphysen in der Regel verdickt sind, während die Diaphyse verdünnt ist. Oft ist der Knochen gebrochen, schmerzhaft, und kann das Kind dieses Glied nicht bewegen (Pseudoparalyse).

Wenn auch nur eines oder das andere dieser Symptome vorhanden ist, darf das Kind einer fremden Amme nicht anvertraut werden. Mindestens vier Wochen lang soll das Kind unter ärztlicher Controle bleiben, um festzustellen, ob man es in fremde Ammenschaft geben darf oder nicht. Im letzten Fall darf das Kind nicht künstlich ernährt werden, da damit das Todesurteil über das Kind ausgesprochen ist. Verf. geht so vor, daß er die Mutter des Kindes zwingt, selbst ihr Kind zu säugen; wenn dies nicht möglich ist, so läßt er das Kind an einer solchen Frau säugen, die gleichfalls ein luetisches Kind hat. Nie ist dabei die Mutter oder die Amme inficirt worden. Hier gilt nämlich das Colles'sche Gesetz, daß die Mutter des luetischen Kindes gegenüber dem luetischen Virus desselben immun ist. M. L.

Dr. Csillag (Budapest): **Der heutige Stand der Aetiologie des Ulcus venereum. Ulcus venereum und Prostitution.** (Ungar. med. Presse 1899, No. 25.)

Auf Grund seiner seit 1894 fortdauernden Untersuchungen schließt sich Verf. der heutzutage fast allgemein anerkannten Lehre an, daß das Ulcus venereum einzig und allein durch den Ducrey-Unna'schen Bacillus verursacht wird. Dieser allein wird in dem durch fortgesetzte Impfung gereinigten Schankereiter, im Gewebe constant, in dem nicht gereinigten Eiter, wenn auch im Verein mit anderen Organismen, in der größten Zahl der Fälle gefunden; im Gewebe ist er in Form von Reinculturen anzutreffen und so locirt, daß dadurch das klinische Bild des Ulcus venereum und seine Histologie klar auf der Hand liegt. Der diagnostische Wert des Ducrey-Unna'schen Bacillus ist ein sehr großer. In Fällen, wo man keine sichere Diagnose machen kann, besonders in Fällen von extragenitalem Schanker, kann nur der mikroskopische bacilläre Befund den Ausschlag geben.

Bezüglich der Frage, ob es notwendig ist, beide Formen des Schankerbacillus in jedem Falle nachzuweisen, und welche die wichtigere ist, falls der Nachweis der einen Form genügt, ist Verf. zu der Ueberzeugung ge-

langt, daß die Ducrey'sche Form morphologisch nicht so allein dasteht, als daß sie nicht mit anderen Mikroorganismen verwechselt werden könnte; dagegen ist der Unna'sche Streptobacillus so typisch und so characteristisch, daß man ihn nach zwei- bis dreimaligem Sehen unmöglich verkennen kann. Bei dem gewöhnlichen Schanker hat also nur der Unna'sche Bacillus einen diagnostischen Wert; der positive desselben ist das sichere Kriterium des Ulcus venereum.

Ferner beschäftigte sich Verf. mit der Frage der Beziehungen zwischen Ulcus venereum und Prostitution. Er fand, daß das Ulcus venereum in erster Linie, insoweit es Budapest betrifft, durch die öffentliche Prostitution verbreitet wird. Zwischen der Dauer der Prostitution und dem Ulcus venereum bestehen keine Wechselbeziehungen; ebenso bleibt das Alter der Prostituirten ohne Einfluß, indem das Ulcus venereum gleichmäßig zwischen den älteren und jüngeren Prostituirten verbreitet ist.

Was den Sitz des Ulcus venereum anbelangt, so fand Verf. dasselbe größtenteils an solchen Stellen, welche durch den Coitus am häufigsten verletzt werden können und so am meisten dem Entstehen von Epithelläsionen ausgesetzt sind. Auffallend selten ist das Ulcus venereum an der Vaginalwand zu beobachten. Noch auffallender ist die Seltenheit des Ulcus venereum an der Portio vaginalis. Was den Sitz des perigenitalen Schankers anbelangt, so hängt er in erster Linie von dem aus der Vagina ausfließenden Secret, von der durch starken Schweiß verursachten Maceration der sich berührenden Oberfläche und weniger vom Trauma ab.

Die Behandlung des Schankers geschah in folgender dreifacher Weise: 1. Das Geschwür wurde nach gründlicher Reinigung der Umgebung mit 1 proc. Sublimattampons ausgewischt, bis man eine vollkommen reine Wundfläche erhielt, danach nach abermaliger Desinfection der Wunde und ihrer Umgebung die Wundfläche mit Jodoform weiter behandelt (Heilung in 7—8 Tagen). 2. In 51 Fällen excidirte man die Wunden derart, daß man auch von der normalen Haut etwas dazuschnitt und nach Desinfection der ganzen Operationswunde die Blutung mit Jodoform stillte. Dieses Verfahren verwendete Verf. nur dort, wo jedes einzelne Geschwür exstirpirbar war. Recidive traten niemals auf, die Wunde heilte wie eine reine Hautwunde. 3. Die strahlende Wärme applicirte Verf. gleichfalls und erzielte durch dieselbe in einigen Fällen rasche Heilung. Lubowski.

IV. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Dr. A. Ferenczi (Budapest): **Ein seltener Fall von Hypospadiasis.** (Ung. medicin. Presse 1899, No. 26—27.)

Der Penis des 23jährigen Mannes ist im Ganzen nach rückwärts gebogen, bildet so zu sagen eine in sich zurückkehrende Curve, so daß die

Glans gegen das Perineum gerichtet ist Die Corp. cav. penis sind wohl ausgebildet, dagegen ist das Corp. cav. urethr. nur in seinem hinteren Viertel vorhanden, der vordere Teil fehlt. Das Präputium ist rudimentär. Das Frenulum praep. ist überbrückt und in zwei Teile getrennt. Wenn man den Penis erhebt, so sieht man an Stelle der Urethra eine offene Rinne, von deren Rändern ausgehend rechts und links je eine Hautfalte sich spannt, die den Penis in seiner gekrümmten Haltung fixiren. Die der Urethra entsprechende Rinne ist trocken, epidermisartig, nur im hintern Drittel einige Schleimabsonderung. Das Orif. urethr. ist der Raphe entsprechend unmittelbar vor der Pars urethr. und sehr eng. Die Sonde gelangt unbehindert in die Blase. Rechts und links von der Urethralöffnung sind die oben erwähnten Hautfalten stärker ausgebildet, die Schleimhaut der offenen Urethra reicher an Secret; die Oeffnung war im Kindesalter mit der Vulva zu verwechseln. Monorchismus, der andere Hodensack gleicht sehr den Lab. maj. Der ganze Habitus des Kranken sonst männlich. Der Urinstrahl ist nach rückwärts gerichtet, und urinirt Patient in hockender Stellung oder stehend, wobei er jedoch gezwungen ist, den Penis mit der Hand rasch vorn zu spannen. Bei der Erection spannen sich die beiden Hautbrücken und erzeugen Schmerzen. Bei der Ejaculation wird das Sperma nach rückwärts gespritzt. Der Kranke, der onanirte, suchte Hilfe, um die Potentia coeundi zu erlangen. Dies kann einfach durch quere Durchtrennung und durch folgende Längsnaht der beiden fixirenden Hautfalten erreicht werden. Wollte man die Hypospadie und die damit einhergehende Impotentia gen. heilen, so wäre ein complicirter plastischer Eingriff nötig, dessen Erfolg sehr zweifelhaft wäre. M. L.

Dr. Géza Varga (Budapest): **Heilversuche mit Naftalan.** (Pester med.-chirurg. Presse 1899, No. 30—32.)

Unter den zahlreichen Fällen, welche Verf. mit Naftalan behandelt hatte, befinden sich auch zwei Fälle von Balanoposthitis. Der erste betrifft einen 20jährigen Patienten, bei dem an der inneren Lamelle des Präputium, sowie in der Gegend des Frenulum je ein lebhaft rotes, scharf begrenztes Fleckchen wahrnehmbar war. Dieselben wurden mit reinem Naftalan bestrichen und verbunden. Schon am nächsten Tage waren die Flecke trocken und nahezu völlig mit Schuppen bedeckt. Nach zwei Tagen war vollständige Heilung eingetreten. Der zweite Fall betrifft einen 23jährigen Patienten mit mehreren lebhaft roten, an der Oberfläche exfoliirten Flecken am inneren Blatt des Präputium und in der unteren Hälfte des Frenulums. Behandlung und Resultat genau so wie im ersten Fall. Lubowski.

DDr. Newjadomski und Kedrowski: **Ueber Culturen des Smegmabacillus.** (Medicinskoe Obosrenie, August 1899.)

Flachculturen des Smegmabacillus gelingt es, wenigstens in manchen Fällen, auch auf gewöhnlichem Agar zu erhalten, wenn auch das Wachsen der Bacillen hier gewöhnlich nur äußerst spärlich ist. Viel besser wachsen

die Smegmabacillen auf dem Wassermann'schen Serumnutrose-Agar, noch üppiger wuchsen die Culturen auf einem Nährmedium, welches die Verff. aus frischer menschlicher Placenta herstellten. Werden mit diesem Nährmedium nach Wertheim Flachculturen angelegt, so erscheint schon am nächsten Tage eine ungeheure Anzahl isolirter Colonien des Smegmabacillus, welche dem unbewaffneten Auge als graue, unregelmäßige Häufchen erscheinen und unter dem Mikroskop eine kleinkörnige Structur aufweisen. Auf Serumnutrose-Agar wächst der Smegmabacillus in Form eines saftigen weißlich-grauen Belages. Ungefähr denselben Character zeigt die Smegmabacillencultur in der ersten Zeit auch auf der Placentarflüssigkeit; bei weiteren Ueberpflanzungen auf dasselbe Nährmedium beginnt die Cultur eine zunächst schwach, dann ziemlich stark ausgesprochene rosafarbene Schattirung zu geben. Wird die Cultur von der Placentarflüssigkeit auf andere Nährmedien übertragen, so behält sie zwar ihre rosafarbene Schattirung, jedoch wird letztere dabei schwächer. Eine primäre Entstehung dieser Schattirung auf irgend einem anderen Nährmedium haben die Verff. niemals beobachten können. Auf Gelatine wächst der Smegmabacillus bei gewöhnlicher Temperatur langsam, dafür aber ununterbrochen innerhalb eines längeren Zeitraumes. Die Wucherung ist gewöhnlich am üppigsten auf der Oberfläche des Nährmediums in der Umgebung des Einstichs; ihrer Trockenheit und ihrer äußeren Form nach erinnert die Smegmabacillencultur auf Gelatine-Culturen den Tuberkelbacillen auf gewissen Nährmedien. Eine Verflüssigung der Gelatine haben die Verff. niemals beobachtet.

Auf künstlichen Nährmedien wächst der Smegmabacillus in Form eines ziemlich veränderlichen Stäbchens. Manchmal ist das Stäbchen so klein und kurz, daß es auf den ersten Blick den Eindruck eines Coccus macht. In anderen Fällen erscheint das Stäbchen mehr oder minder lang und entweder glatt oder deutlich körnig; letztere Form zeigt häufig an den Enden kolbenförmige Erweiterungen und ist dadurch dem Diphtheriebacillus sehr ähnlich. Schließlich beobachteten die Verff. in einer alten Cultur eine interessante Formveränderung des Smegmabacillus: manche Exemplare waren länger und zeigten auffallend vergrößerte kolbenförmige Erweiterungen, so daß sie einigen Formen des Actinomycosebacillus sehr ähnlich waren, um so mehr, als die bezeichneten Exemplare des Smegmabacillus auf dem Präparate in Form von Häufchen mit geringer, aber deutlich ausgesprochener Neigung zu strahlenförmiger Anordnung an der Peripherie zu sehen waren.

Nach der Ziehl-Neelsen'schen Methode gefärbt, färbten sich die Smegmabacillen aus jungen Colonien stets grün, während solche aus älteren Culturen sich zuerst rötlich-grün und dann intensiv rot färbten. Man konnte dabei häufig beobachten, daß die Smegmabacillen sich nur an den Enden rot färbten, während ihr mittlerer Teil sich blau färbte; manchmal färbten sich nur die Körner des Stäbchens rot, während das Stäbchen selbst sich blau färbte. Uebrigens färbten sich die Stäbchen nicht selten auch durchweg rot, aber auch hier machte sich eine Prädilection bemerkbar, indem sich die einen Exemplare rot färbten, während die anderen blau blieben. Eine

Cultur zu gewinnen, welche bei der Färbung nach der Ziehl-Neelsen'schen Methode nur rote Formen gegeben hätte, ist den Verff. bis jetzt nicht gelungen Die Actinomycose ähnlichen Formen des Smegmabacillus färbten sich bei dem Ziehl'schen Verfahren intensiv rot und stachen von dem blau gefärbten Untergrund sehr deutlich ab.

Außer dem beschriebenen Stäbchen fanden die Verff. in den Flachculturen des Smegmabacillus stets noch eine andere Bacterienart, und zwar einen Diplococcus, der seiner äußeren Form nach etwas an den Gonococcus erinnerte, sich aber von dem letzteren durch seine Größe und einige andere Eigenschaften unterschied. Die Cultur dieses Diplococcus auf mit Agar versetzter Placentarflüssigkeit unterschied sich von der Cultur des Smegmabacillus durch ihre größere Regelmäßigkeit, außerdem erschien sie unter dem Mikroskop dunkelbraun und grobkörnig. Ob und in welcher Beziehung dieser Mikroorganismus zu dem Smegmabacillus steht, werden weitere Beobachtungen zeigen. Lubowski.

V. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Dr. Baudet: **Ueber die perineale Excision der hypertrophirten Prostata.** (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 6. August 1899. Ref. nach Wratsch 1899, No. 34.)

Verfasser hat die von Quénu zur Exstirpation des Mastdarmkrebses empfohlene Methode zur Excision der hypertrophirten Prostata in einem Fall angewandt. Die Operation, welche $^3/_4$ Stunden dauerte und günstig verlief, setzte sich aus drei Hauptmomenten zusammen:

1. Eröffnung des Perineums. In Rückenlage des Patienten mit hochgehobenem Becken führte Verf. in die Harnblase einen Katheter ein und schloß den Anus mittelst zwei Kocher'scher Pincetten. Die Hautincision machte er in der Form eines umgeworfenen Y, indem er den Katheter zunächst in die Mittellinie des Dammes und dann nach beiden Seiten seitwärts vom Anus führte. Nach Durchschneidung eines Teiles der Raphe drang er an beiden Seiten des Anus durch das ischiorectale Fettgewebe so weit in die Tiefe, bis er die untere Oberfläche der Cremasteren erreichte, welche letztere er nun auch durchschnitt; hierauf zog er das Rectum nach hinten und separirte seine vordere Wand von den umgebenden Geweben ab. Auf diese Weise wurde also der anterectale Raum bis zu einer Tiefe von 3 bis 4 cm freigelegt; derselbe war nun vorn durch die Prostata, Samenblasen und Vasa deferentia, hinten durch das Rectum, unten durch die Lamina abdominalis, an den Seiten durch die Lamina sagittalis des Rectums begrenzt. Die Lamina sagittalis wurde durchschnitten, worauf das Rectum auf das Os coccyg. fiel und die Prostata in ihrer ganzen Ausdehnung frei lag.

2. Enucleation der Prostata. Man eröffnet die Kapsel der Prostata, präparirt sie von der letzteren ab, und schiebt nach den Seiten, worauf man

die Drüse selbst in der ganzen Ausdehnung ihres Mittellappens bis zur Harnröhre incidirt und, indem man jede Hälfte der Drüse von der unteren Oberfläche der Harnblase und der übrigen Umgebung vorsichtig abpräparirt, beide Hälften entfernt. Dabei wird die ganze untere Oberfläche der Pars prostatica urethrae und des Blasenhalses freigelegt. Die event. zurückbleibenden Drüsenreste werden mittels scharfen Löffels entfernt.

3. Wiederherstellung des Dammes. Die beiden Hälften der Prostatakapsel werden an die Seitenwände des Beckens derart genäht, daß erstens unter dem Blasenhalse für event. Prostatareste, welche vielleicht dem scharfen Löffel entgangen sind und später zu einem Recidiv der Krankheitserscheinungen führen können, kein Raum zurückbleibt, und zweitens, daß der Harnblase eine gewisse Stütze geschaffen werde, um den Blasenhals in gleicher Fläche mit dem Blasengrund zu erhalten und auf diese Weise die Ansammlung von Residualharn gewissermaßen zu vermeiden. Nach Unterbindung der Gefäße werden die Cremasteren und deren Aponeurose an die Rectalwunde genäht und schließlich die üblichen Nähte angelegt, event. unter Einführung von Drainageröhren.

Die geschilderte Operation, welche freien Zutritt zur Prostata verschafft und deren Enucleation ermöglicht, ohne daß weder die Harnblase noch die Harnröhre eröffnet zu werden brauchen, zieht keine Störungen in den Functionen der Harnblase und des Rectums nach sich. Der Patient, bei dem die Prostata in der angegebenen Weise entfernt wurde, konnte schon am zweiten Tage selbst uriniren, und in der zweiten Woche, als man aufhörte, ihm stopfende Mittel zu geben, trat spontane und schmerzlose Defäcation ein.

Li.

Dr. Weil: **Ein Fall von Ectopia perinealis testis.** (Demonstration im Verein der k. k. Militärärzte der Garnison Wien. Wiener klin. Wochenschr. 1899, No. 34.)

Bei dem 24jährigen Patienten befindet sich der rechte Hoden hinter der Insertionslinie des Hodensackes, $2^1/_2$ cm vor dem After, etwas rechts von der Dammnaht. Derselbe ist von der normalen verschieblichen Dammhaut bedeckt und läßt sich gegen 4 cm nach vorn und oben verdrängen, kehrt jedoch bei Nachlassen des Druckes in die frühere Position zurück. Von den subjectiven Beschwerden wird die große Schmerzhaftigkeit der zwischen den Schenkeln eingekeilten Drüse hervorgehoben, die den Mann zur Wahl eines sitzenden Handwerkes veranlaßte und während sowie nach größeren Marschleistungon besonders in den Vordergrund tritt. Der sonst kräftige Mann soll niemals eine Pollution, vor zwei Jahren die letzte Erection gehabt und niemals geschlechtlichen Umgang gepflogen haben.

Im Anschluß an vorstehenden Fall knüpft W. eine ausführliche Besprechung der hysterischen, pathologischen, klinischen, therapeutischen und des ätiologischen Momente der Darmverlagerung des Hodens. Wir nehmen jedoch von einer Wiedergabe derselben Abstand, da wir erst im vorigen Heft dieser Monatsberichte sehr eingehend die Monographie von Leonhard

Strohe, welche den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse der in Frage stehenden Affection erschöpfend darstellt, besprochen haben (cf. diese Monatsberichte, Septemberheft, S. 546.) Li.

1. Giordano: **Sopra un caso di neoplasma del testicolo.** (Gazz. degli ospedali e delle clin. 1899, No. 16.)
2. Garbarini: **I tumori teratoidi del testicolo.** (Morgagni 1899, Part I, No. 3. Ref. nach Centralbl. für Chirurgie 1899, No. 24.)

1. Ein 63 Jahre alter Bauer, der keine Zeichen von Syphilis darbietet und aus dessen Anamnese nur zwei Aborte seiner Frau erwähmenswert sind, hatte vor fünf Jahren an einer Geschwulst des rechten Hodens gelitten, weshalb der letztere exstirpirt wurde. Die Natur der Geschwulst ist unbekannt. Zwei Jahre später schwillt auch der linke Hoden an und hat jetzt das Volumen eines ausgetragenen Kindskopfes und die Form eines Straußeneies. Kleine Höcker und Depressionen finden sich an der sonst glatten Geschwulst. Dieselbe ist hinten hart, vorn etwas weicher, absolut schmerzlos, nicht durchscheinend. Die Länge beträgt 22 cm, der größte Umfang 35 cm. Gleichzeitig besteht ein Leistenbruch links. Der linke Prostatalappen ist atrophisch, der rechte hypertrophisch. Die Facultas coeundi ging mit dem Entstehen der linksseitigen Hodengeschwulst verloren. Letztere wird exstirpirt und gleichzeitig die Hernie operirt. Der Kranke ist geheilt. Die Geschwulst besteht aus großen Rundzellen, denen ein feines Intercellulargerüst zu Grunde liegt. Karyokinesen und Riesenzellen fehlen. Dagegen ist eine ausgedehnte Verkäsung vorhanden. Es handelt sich mit Rücksicht auf die Anamnese wahrscheinlich um ein Sarcoma syphiliticum tardivum, das von einem echten Sarcom histologisch kaum zu unterscheiden ist.

2. Verf. berichtet über drei Teratome des Hodens. Er schließt sich den Ansichten von Wilms über diese Geschwülste an und stellt fest, daß die Gewebe sämtlicher drei Keimblätter an ihrer Bildung teilnehmen und sich wie in einem Embryo regelmäßig entwickeln. Es ist deshalb die Bezeichnung embryoide Geschwülste nach Wilms ganz gerechtfertigt. Verf. spricht über die pathogenetische Entstehung der Geschwülste aus einer Eizelle oder einer Samenzelle, ohne zu einem Schluß zu gelangen. Es handelt sich um gutartige Geschwülste, die jedoch, wie ein Fall des Verf.'s zeigt, aus unbekannten Gründen carcinomatös degeneriren können. M. L.

VI. Blase.

Dr. Berthold Goldberg (Köln-Wildungen): **Anweisung für Kranke, die sich selbst katheterisiren müssen.** (Paul Neubner, Köln a. Rh.)

Verf. giebt eine gedrängte, sehr instructive Anweisung zum Selbstkatheterismus, die den Vorschriften, welche er immer wieder seinen Patienten

aufgeschrieben hatte, entspringt. Indem er nun jetzt die gedruckte Anweisung im Bedarfsfalle seinen Patienten einhändigt, spart sich Verf. viel Mühe, und wohl, um auch den Collegen diese Mühe zu sparen, entschloß er sich, seine Anweisung im Buchhandel erscheinen zu lassen. Die Anschaffung seines Werkchens erleichtert Verf. dadurch, daß er den Aerzten, allerdings bei Entnahme einer größeren Anzahl von Exemplaren, Vorzugspreise gewährt. So braucht man bei Entnahme von 100 Exemplaren nur 25 Pf. pro Exemplar zu bezahlen. Teuer ist das Werkchen also nicht; wir glauben jedoch nicht, daß die Goldberg'sche Anweisung, welche nichts Neues bietet und nur das registrirt, was einem jeden Arzte, geschweige dem Specialarzt, hinreichend bekannt ist, in den betreffenden Kreisen Aufnahme finden wird. Es dürfte sich kaum mit dem Ansehen eines Arztes vertragen, wenn er bei der Instruction seiner Patienten sich Vorschriften bedienen würde, die von einem anderen Arzte abgefaßt sind Immerhin ist aber Herrn Goldberg das Verdienst einzuräumen, ein gutes Beispiel gegeben zu haben. Für jeden Specialarzt dürfte es sich empfehlen, in derselben Weise zu verfahren und diejenigen Anweisungen bezüglich des Selbstkatheterismus, die er fast täglich zu erteilen hat, schriftlich niederzulegen und durch Druck oder Hectographie zu vervielfältigen. Die zeitraubenden Auseinandersetzungen und Erklärungen fallen dann fort, und an das Gedächtnis der Patienten brauchen keine großen Anforderungen mehr gestellt zu werden.

Wir hatten übrigens neuerdings Gelegenheit, uns zu überzeugen, daß eine Capacität auf einem anderen Specialgebiet sich gleichfalls den Verkehr mit den Patienten durch Verteilung gedruckter Anweisungen erleichtert.

M. L.

Xavier Delore: **Ueber die congenitalen Vesico-Umbilicalfisteln bei Prostatikern.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorgane 1899, No. 7.)

Verf. teilt die ausführliche Krankengeschichte eines 63jährigen Mannes mit, welcher mit einer Vesico-Umbilicalfistel geboren war, die sich jedoch drei Monate später spontan geschlossen hatte. Im 62. Lebensjahr stellten sich Urinbeschwerden ein, die ihren Grund in einer Vergrößerung der Prostata hatten. Nunmehr begann auch eines Tages plötzlich in Folge heftigen Pressens sich übelriechender Urin aus der Nabelgegend zu entleeren. Die verschiedensten Operationen konnten diesen Krankheitszustand nicht beseitigen. D. spricht diesen Fall als eine Vesico-Umbilicalfistel an, die erst im späteren Alter zur Entwicklung gekommen und wahrscheinlich auf ein anormales Offenbleiben des Urachus zurückzuführen ist. Außerdem werden noch vier andere Fälle citirt. Von diesen fünf Fällen sind drei absolut für die obige Annahme beweisend. Ob der Urachus in allen diesen Fällen das ganze Leben hindurch vollständig oder unvollständig offen geblieben ist, steht dahin; soviel steht jedoch fest, daß er mit dem eintretenden Urinhindernis permeabel wurde. Die Hauptgefahr für den Prostatiker besteht in der drohenden Urininfection, Cystitis, Pyelonephritis, Bildung von Blasen-

steinen etc. Die Therapie besteht in der Offenhaltung der natürlichen Harnwege, so weit dies angängig ist, und in Beseitigung der eingetretenen Complicationen auf dem geeigneten Wege. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Maiss: Heilung einer Blasen-Scheidenfistel durch die Sectio alta. (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 35.)

Die bei der 60jährigen Pat. bestehende Gebärmutter-Blasen-Scheidenfistel saß hoch oben in der Gegend des linken Ramus horizontalis ossis pubis, völlig in Narbenstränge eingebettet und die vordere Muttermundslippe mit in ihr Bereich ziehend, war für einen Finger bequem durchgängig und entleerte fortwährend Urin. Da sich von der Scheide aus wegen der unbeweglichen, narbigen und schwer zugänglichen Umgebung nicht mehr, als eine Verkleinerung der Fistel erzielen ließ, so wurde, zumal auch eine Deckung des Defectes durch Umstürzung und Anheftung des Uterus nach Freund bei der schweren Zugänglichkeit des Operationsfeldes und der Verlötung des Uterus mit der Umgebung aussichtslos erschien, die Sectio alta gemacht und die Fistel von der Blase aus geschlossen. Der Erfolg war ein recht befriedigender. Die Fistel blieb dauernd geschlossen. Bemerkenswert war in diesem Falle das Verstecktsein der linken Uretermündung im Narbengewebe selbst, welche auf einem möglichst einfachen Wege in die Blasenhöhle zurückgelagert werden mußte. Dies geschah durch Trennung der linksseitigen Blasenwand bis zur Fistel hin, wodurch die narbigen Ränder für das Messer bequem zugängig wurden und unterminirt werden konnten. Durch diese Lüftung wurde die Uretermündung nach innen geführt. Genäht wurde in dem vorliegenden Falle mit Seide, weil die Spannung der zu vereinigenden Wundränder eine zu große war und ein dauerhaftes Material wünschenswert erscheinen ließ, denn ein sicherer Fistelschluß durch feine Seidennähte, selbst wenn sich nachträglich Inkrustationen bilden, ist jedenfalls besser als Catgutnaht mit negativem Erfolge. Jedenfalls hat sich in dem geschilderten Falle ebensowohl die Sectio alta wie die Naht durch feine Seide sehr gut bewährt. Immerwahr (Berlin).

Hahn (Breslau): **Fall von Blasenstein.** (Verhandl. der Schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur, Sitzung vom 30. Juni 1899.)

Vortr. hat einen Blasenstein, welcher sich um eine in die Harnröhre eingeführte Haarnadel gebildet hatte, durch Kolpocystotomie entfernt und die Wunde durch einige Nähte verschlossen.

Löwenheim (Liegnitz).

Henle (Breslau): **Fall von Blasenstein bei Prostatahypertrophie.** (Verhandl. der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur, Sitzung vom 23. Juni 1899.)

Vortr. hat einen Blasenstein durch Sectio alta entfernt und darauf die bestehende Prostatahypertrophie durch Incision nach Bottini operirt. Man konnte sich nach derselben überzeugen, daß eine breite Mulde entstanden

war. Die Blasendrainage wurde durch eine Fistel ausgeführt, welche schräg in der Art des Verfahrens von Witzel angelegt war.

In der Discussion erwähnt Löwenhardt, daß er in einem ähnlichen Fall die Anurie durch Punction beseitigt und den Stein mittelst Lithotriptor zerstört habe, welcher durch die Punctionsöffnung eingeführt wurde.

v. Mikulicz bemerkt dazu, daß er diese Methode nur für einen Notbehelf hält, die von Henle angewandte jedoch für die der Wahl.

Löwenheim (Liegnitz).

Dr. Loewenhardt (Breslau): **Ueber einige Hilfsmittel bei der Litholapaxie und die Cystoscopia (resp. Lithotripsia) suprapubica.** (Vortrag und Demonstr. auf dem 28. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Centralbl. f. Chirurgie 1899, No. 27. S.-A.)

In erster Linie weist Verf. darauf hin, daß in Deutschland statt der Lithothripsie die Sectio alta häufig aus dem Grunde ausgeführt wird, weil die nötigen Instrumente bei den inländischen Bezugsquellen entweder gar nicht oder nicht zweckmäßig zu erhalten sind. L. selbst hat brauchbare Instrumente nur in Paris bei Luer und in London bei Weiss erworben.

Bezüglich der Diagnose bemerkt Verf., daß die Cystoskopie noch Steine entdecken läßt, wenn die Sondirung negativ ausfiel. Solche, z. B. hinter einer sehr großen Prostata liegende Steine sind dann auch für den Lithotriptor schwer oder gar nicht erreichbar, und man hilft sich durch starke Beckenhochlagerung, um die Steine in den Fundus fallen zu lassen. Trotzdem gelingt letzteres nicht in allen Fällen, weil der Stein durch irgend welche Verhältnisse fixirt ist. In solchen Fällen soll man versuchen, dadurch zum Ziel zu kommen, daß der Assistent mit dem Finger in das Rectum hineingeht, den Blasenboden hebt und so dem Operateur ermöglicht, den Stein zu fassen. Auf diesem Wege gelang es L., bei einem 72jährigen Patienten die Lithotripsie auszuführen, welche von anderer Seite für nicht angängig erklärt war.

So angenehm und bei empfindlicher Blase unentbehrlich die allgemeine Narcose sein mag, kommt es doch nicht selten bei dem hohen Alter der Patienten darauf an, jede Störung der Vitalität des Organismus möglichst zu vermeiden. Der Zustand der Nieren, etwaige Catarrhe der Atmungswege, vor Allem die Atheromatose werden immer wieder dazu führen, die locale Anästhesie zu versuchen. L. führt dieselbe so aus, daß er mit wenigen Cubikcentimetern starker Cocainlösung (5–10 pCt.) Blasenhals und Harnröhre nach Entleerung des Urins beträufelt; Intoxicationserscheinungen hat er niemals beobachtet, allerdings auch nach einigen Minuten die Borsäurefüllung folgen lassen. Als Schlußact wurde stets eine Arg. nitr.-Irrigation resp. Instillation hinzugefügt.

Ein neuer Weg zur Steinzertrümmerung ergab sich in folgender Situation: Bei einem 69jährigen, sehr decrepiden Patienten war L. genötigt, auf

dem Lande die Punction auszuführen und einen dünnen Verweilkatheter durch die Punctionswunde einzulegen. Da eine spontane Urinentleerung in den nächsten Wochen auch bei Anspannung der Blase nicht stattfand, wurde wiederholt vergeblich versucht, das anscheinend vom hinteren Teil der Pars membranacea beginnende Hindernis für den Katheterismus auf verschieden übliche Weise durchgängig zu machen. Wegen Herz- und Lungenstörung mußte von einer Radicaloperation mit längerer Bettruhe zunächst abgesehen werden, zumal der Befund möglicher Weise Complicationen erwarten ließ, welche die Boutonnière und die Sectio alta notwendig machen konnten. Zur Klarlegung dieser Verhältnisse wurde beschlossen, die Punctionswunde durch Einlegen stärkerer Katheter in wenigen Tagen zu erweitern. Es gelang dann sehr leicht, das Kindercystoskop Nitze's auf diesem Wege einzubringen und die Blase zu besichtigen. L. konnte sich überzeugen, daß die Einführung des oben erwähnten Kinderlithotriptors durch die Punctionswunde keine Schwierigkeiten machte. Wenn auch in diesem Falle von einer Steinzertrümmerung nicht die Rede sein kann (die kleinen Harnsäureconcremente ließen sich ohne Weiteres herauspülen), so dürfte doch ein derartiger Zustand wie der vorliegende den, wenn auch seltenen, Fall des Hilfsmittels der Cystoscopia resp. Lithotripsia suprapubica demonstriren. M. L.

Dr. Assendelft: **630 Fälle von Steinkrankheit.** (Vortrag, gehalten auf dem VII. Congreß der russischen Aerzte zu Kasan. Wratsch 1899, No. 26.)

Dem Bericht liegt das eigene, innerhalb einer 20jährigen, chirurgischen Thätigkeit gesammelte, 630 Fälle umfassende Beobachtungsmaterial zu Grunde. Von den 630 Fällen wurden 600 operirt Es befanden sich darunter 616 Männer und 14 Frauen. Dem Alter nach verteilt sich das Material folgendermaßen: 383 Kranke waren 10 Jahre alt, 162 Patienten 10—20 Jahre, 51 20—30, 12 30—40, 15 40—50, 4 50—60, über 60 Jahre alt waren 3 Patienten. Von den 500 Operationen entfallen 35 auf Sectio lateralis (mit 8 pCt. Mortalität), 38 auf Sectio mediana (mit 5 pCt. Mortalität), 460 auf Sectio alta (mit 3,6 pCt. Mortalität), 28 auf Urethrotomia externa (mit 1 pCt. Mortalität), 16 auf blutige Erweiterung der Harnröhre mit Extraction des Steines, 12 auf Steinzertrümmerung in einer Sitzung und einzelne Fälle auf Steinzertrümmerung, Colpocystotomie etc. Von den 358 Fällen von Sectio alta waren 70,1 pCt. fieberlos verlaufen, 16,2 pCt. mit geringem Fieber und nur 9,9 pCt. mit Complicationen; tötlich waren 3,6 pCt. der Fälle verlaufen. Li.

Dr. Iwanoff: **Einige Bemerkungen zur Verteidigung der primären Harnblasennaht bei Sectio alta.** (Wratsch 1899, No. 29.)

Auf Grund eingehenden Studiums der Litteratur sowohl wie auch eigener Erfahrungen gelangt Verf. in der Frage von dem Wert der primären Harnblasennaht bei Sectio alta zu dem Schlusse, daß dieser Naht bei Sectio alta der Vorzug zu geben sei, als einer Methode, welche viel rascher zur

Genesung führen kann, bei der der Patient schon vom zweiten Tage nach der Operation ab spontan uriniren kann, und die bei zweckmäßiger und vorsichtiger Anwendung für den Patienten nicht gefährlicher ist als die offene Wundbehandlung. Diese letztere Methode wendet Verf. nur in Fällen an, in denen eitrige Cystitis vorliegt oder bedeutende Contusion der Ränder der Blasenwunde besteht, d. h. in solchen Fällen, in denen jede Aussicht auf Erzielung von Prima intentio ausgeschlossen ist

Die eigenen Beobachtungen des Verfassers umfassen 13 Fälle. Die Operation wurde gewöhnlich (nach vorherigen mehrtägigen Auswaschungen der Harnblase) in Chloroform- oder Aethernarcose nach geringer Füllung der Harnblase mit Flüssigkeit ausgeführt. Die Hautdecken wurden in Längsrichtung in einer Ausdehnung von 3—4 bis 8—9 cm incidirt; die Wundränder wurden mit stumpfen Haken auseinander geklappt, das antivesicale Zellgewebe mit den Fingern und Pincette zerrissen, die Bauchfellfalte zusammen mit dem letzteren nach oben, der Plexus venosus nach unten verschoben; die Harnblasenwand wurde mit zwei langen Seidenfäden hochgehoben und zwischen denselben eröffnet. Hierauf wurde mit dem in die Harnblase eingeführten Finger der Stein abgetastet, die Harnblasenwunde der Größe des Steines entsprechend durch einen Schnitt nach oben oder unten vergrößert und der Stein mit einer Kornzange, Pincette, bisweilen einfach mit dem Finger entfernt. Die Harnblase wurde sorgfältig ausgespült und mit 5—9 Seidenknotennähten dicht geschlossen; die Nähte wurden in Abständen von $^1/_2$ cm angelegt, die Schleimhaut der Harnblase berührten sie nicht. Das untere Ende der Harnblasenwunde nähte man mittelst 1—2 Nähten an die vordere Bauchwand an und teilte auf diese Weise das Cavum Retzii von der Harnblasenwunde ab; die ganze Harnblase befestigte man an die vordere Bauchwand. Die Hautwunde wurde in sämtlichen Fällen, bis auf einen, dicht geschlossen; in diesem einen Falle wurde in das untere Ende der Wunde ein kleines Drainagerohr eingeführt. Auf die Wunde wurde ein kleiner Collodiumverband angelegt und der Kranke in's Bett gebracht. Ein Dauerkatheter wurde nicht angewandt, sondern der Harn am Operationstage alle zwei Stunden mit dem Katheter abgelassen; am folgenden Tage urinirte der Patient gewöhnlich schon spontan. In Fällen mit glattem Verlauf und normaler Temperatur blieb der Verband 6—8 Tage, d. h. bis zur Entfernung sämtlicher Nähte, liegen; fand sich Prima intentio, so wurde auf die Wunde wieder ein kleiner Collodiumverband provisorisch angelegt und dem Patienten das Aufstehen gestattet. Bestanden aber Fieber und Schmerzen, und war der Verband durchnäßt, so wurde derselbe sofort abgenommen, die Wunde besichtigt und, falls man Durchsickern von Harn oder Rötung und Schwellung der Wundränder bemerkte, am unteren Wundwinkel einige Nähte entfernt, die Wunde erweitert, Jodoformdrainage eingeführt und ein trockener aseptischer Verband angelegt; der letztere wurde nun täglich gewechselt, bis das Durchsickern von Harn oder die bestehende Eitersecretion aufhörte. Bei dieser Behandlung erlebte Verf., falls die primäre Harnblasennaht mißlang, doch niemals irgend welche ernste Complicationen;

nach Wiedereröffnung der Wunde sank die Temperatur, und die Heilung der Wunde und der Fistel ging nicht schlechter von Statten als bei offener Wundbehandlung.

Von den 13 Operirten starb kein einziger. Die primäre Harnblasennaht wurde in 12 Fällen ausgeführt, davon heilten 6 per primam intentionem, die übrigen heilten per secundam in 25—60 Tagen. In dem einen Falle mit offener Wundbehandlung trat Heilung am 58. Tage nach der Operation ein. Li.

Dr. Chauffard: **Ulcus simplex perforans vesicae.** (Journal de médecine de Paris 1899, No. 28. Referirt nach klin.-therapeut. Wochenschr. 1899, No. 32.)

Es handelt sich um einen 26jährigen Patienten, der an einer persistirenden Hämaturie zu Grunde gegangen ist. Der früher stets gesunde Kranke bekam plötzlich heftige Schmerzen in der Lumbalgegend, die nach den Genitalien ausstrahlten. Diese kolikartigen Schmerzen ließen in der Ruhe etwas nach, stellten sich aber bei der geringsten Bewegung wieder ein. Nach einer 38—40stündigen Anurie entleerte der Patient blutigen Harn, zuweilen sogar reines Blut. Am vierten Krankheitstage war der Bauch hart, sehr gespannt und außerordentlich schmerzhaft, die ausgedehnte Blase entleerte sich trotz häufigen Harndranges, der fast reines Blut zu Tage förderte, nur unvollständig. Da weder ein Trauma noch ein Katheterismus vorausgegangen und die Urethra gesund war, dachte man an Nierensteine, obgleich diese selten eine solche Hämaturie verursachen. Trotz absoluter Bettruhe, Ergotininjectionen etc. hielt die Blutung an, ja verschlimmerte sich. Plötzlich verschwand die Blasendämpfung, und der Kranke starb einige Stunden darauf. Der ganze Proceß verlief in fünf Tagen, ohne daß die Quelle der Blutung genau bestimmt werden konnte. Wegen des homogenen Characters der Blutung schien dieselbe von der Niere zu stammen; das Fehlen von Cylindern und Nierenelementen wies aber eher auf einen Blasenursprung hin. Die Schmerzen sprachen durch ihre Localisation für den renalen Sitz der Blutung. Die Section ergab 3 l eines blutigen, aseptischen Ergusses im Peritoneum; an der hinteren oberen Seite der Blase fand sich eine elliptische, ca. guldengroße Perforationsöffnung, in deren Umgebung das Gewebe necrotisch war, nirgends aber zeigte sich die Spur einer neoplastischen Infiltration. Es liegt demnach hier ein ähnliches Krankheitsbild vor wie beim einfachen Magengeschwür. Aehnliche Fälle haben Mercier, Lawson, Olivet, Fenwick u. A. beschrieben. Die Affection kommt zumeist bei jungen Leuten ohne venerische Antecedentien vor; der Beginn ist ein plötzlicher und besteht in Harndrang, Hämaturie, Schmerzen. Das Ulcus vesicae kann auch vollständig heilen oder zu einer allgemeinen chronischen Cystitis führen. M. L.

Dr. B. Goldberg (Wildungen-Köln): **Tumor vesicae urinariae et Strictura callosa congenita (?) praeputio balano urethralis (?).**

Verf. hat einen Fall von eigentümlicher Veränderung des Anfangsteiles der Harnröhre in Verbindung mit einem Blasentumor beobachtet. Es

handelte sich um eine eigenartige Stricturform, um eine gleichzeitige Narbenbildung an Eichel, Vorhaut und Eichelharnröhre, bei Ausschluß von Trauma oder Genitalerkrankung, vielleicht um das Ergebnis einer durch congenitale Anomalien begünstigten chronischen Entzündung. Patient kam unter dem Zeichen starker Blutung zum Verf.; das Urinsediment enthielt Blut, Urate, keine Nierenelemente, reichlich runde, cylindrische und polygonale Epithelien, Albumingehalt $^1/_{10}$—$^1/_5$ pCt. Die Operation wurde mit einem eigens construirten Knopfmesser ausgeführt, eine Nachbehandlung fand nicht statt. Die sechs Tage später ausgeführte cystoscopische Untersuchung ergab am unteren Rand im Fundus, 1—2 cm hinter dem Orificium urethrae eine Geschwulst mit mehreren dunkelroten Vorragungen und dazwischen liegenden helleren Partien, in der Nachbarschaft noch kleinere Excrescenzen. Die Blasentrabekel waren hypertrophisch. Vielleicht hat die Blasenhypertrophie die Geschwulstbildung, die Strictur aber die Blasenhypertrophie hervorgerufen. Loeb (Berlin).

Dr. F. Warburg (Köln): **Ueber Bacteriurie.** (Münchener medic. Wochenschrift 1899, No. 29.)

Verf. hat im Augustahospital einen Fall von reiner Bacteriurie beobachtet, d. h. einer Krankheit, wo den frisch gelassenen Urin eine große Bacterienmenge auszeichnet, ohne daß eine Entzündung der Harnwege oder der Nieren vorläge.

65 Fälle von Bacteriurie sind aus der Litteratur zusammengestellt worden; in 22 Fällen handelte es sich um eine Sarcinurie, in 17 Fällen um Coli, 3mal um Staphylokokken, 2mal um Colibacillen und Staphylokokken. In dem Warburg'schen Falle war die Bacteriurie plötzlich unter Schüttelfrost und Fieber bei einem vorher ganz gesunden Menschen eingetreten; das Fieber hatte drei Tage unter heftigen Stirnkopfschmerzen des Patienten continuirlich angedauert; die bacterielle Trübung des Urins dauerte aber beträchtlich länger und verschwand erst bei Anwendung von Urotropin.

Die bacteriologische Untersuchung stellte den Bacillus als Bac. lactis aërogenes fest; ob derselbe aus dem Darm oder aus dem Blut oder aus den Lungen in den Urin überwanderte, konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Loeb (Berlin).

VII. Ureter, Niere etc.

J. Kalabin: **Zur Frage über die Implantation der Ureteren.** (Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 35.)

Behufs näherer Prüfung der Untersuchungen Morestin's an Tieren machte Verf. den Versuch der Implantation beider Ureteren in das Rectum an 5 Hunden. Die Tiere wurden chloroformirt und die Operation per

laparotomiam unter Beobachtung möglichst vollkommener Antisepsis ausgeführt. Alle Hunde gingen 3—6 Tage nach der Operation zu Grunde, 3 an Peritonitis, 2 an Urämie. 4 anderen Hunden wurde in den Darm nur ein Harnleiter eingenäht. Das Resultat war in 3 Fällen der Tod, in 2 Fällen in Folge von Peritonitis, in 1 Fall in Folge von Urämie. Der vierte Hund blieb leben. Die später ausgeführte Autopsie dieses Hundes zeigte vollkommen normale Nieren, Durchgängigkeit der Oeffnung des Harnleiters gegen den Darm hin, normalen Zustand des Harnleiters; an der Schleimhaut des Darms unterhalb der Implantationsstelle des Harnganges nichts Abnormes. Außer diesen Versuchen hat Verf. 5mal die Maydl'sche Operation gemacht. Alle Tiere gingen nach 3—5 Tagen zu Grunde, und zwar 1 an innerer Blutergießung, 3 an Peritonitis, bei 1 erwies sich der eine Harnleiter zerrissen. An 2 Hunden führte er die Uretero-Cystoneostomia aus; der eine verendete nach 5 Tagen, der andere erst nach $11^1/_2$ Monaten. Die Autopsie dieses letzteren zeigte, daß die Niere der operirten Seite bedeutend vergrößert war und sich wie eine mit Flüssigkeit gefüllte Blase anfühlte. Ein Schnitt durch die Niere zeigte eine faustgroße, mit einer Flüssigkeit ausgefüllte Höhlung. Der Harnleiter war hypertrophirt und wies varicöse Erweiterungen auf. Bei 4 Hunden machte Verf. das Experiment der Durchschneidung der Ureteren; die durchschnittenen Stellen wurden nicht genäht. Alle 4 gingen nach 6—7 Tagen an Peritonitis zu Grunde. Bei zweien konnte das Vorhandensein von Urin in der Bauchhöhle erkannt werden.

Immerwahr (Berlin).

Privatdocent Dr. Jos. Alb. Amann jr. (München): **Ueber Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Uretercervicalfisteln.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 34.)

Verf. kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die anatomischen Verhältnisse (selbstständige Ernährung) gestatten größere Bloßlegungen des Ureters ohne Nachteil.

2. Die auf topographisch-anatomische Verhältnisse mehr Rücksicht nehmenden modernen Operationsmethoden schützen vor Verletzungen des Ureters, so besonders durch breites Ablösen der Blase, Vermeiden von Massenligaturen, isolirte Gefäßunterbindung, ausgiebige Stielung der Ligamente vor Anlegung von Klemmen, Herauspräpariren des Ureters während der Operation.

3. Der mit Hilfe des Cystoskops auszuführende Katheterismus der Ureteren ist mehr, als bisher geschieht, in den betreffenden Fällen anzuwenden.

4. Bei frischen Ureterverletzungen während der Operation ist, wenn die directe Vereinigung nicht leicht möglich ist, die intra-extraperitoneale Einpflanzung des Ureters in die Blase nach Witzel vorzunehmen.

5. Bei alten Uretervaginalfisteln ist, wenn nicht zu viel Narbengewebe vorhanden, eine vaginale Methode, womöglich mit Ausspülung des Ureters,

zu versuchen. Bei Uretercervicalfisteln soll in geeigneten Fällen vaginal mit Spaltung der vorderen Uteruswand der Ureter aufgesucht werden und die vom Uterus abgelöste Blasenwand eingepflanzt werden. In den meisten Fällen ist die intra-extraperitoneale Methode nach Witzel zu empfehlen.

6. Die Exstirpation einer gesunden Niere wegen Ureterfistel ist zu verwerfen.

Bei Pyelitis sind zunächst Ausspülungen des Nierenbeckens vorzunehmen. Auch bei bestehender Pyelitis sind Einheilungen des Ureters in die Blase und spätere Ausheilungen der Pyelitis erzielt worden.

7. Jede Art von Kleisis, ob am Uterus oder im obersten Teil der Vagina oder tiefer unten in der Vagina, ist zu vermeiden.

8. Die Entfernung des Uterus behufs Umwandlung einer Uretercervicalfistel in eine Uretervaginalfistel ist unnötig. Loeb (Berlin).

O. Weiss: **Ueber Pyelitis bei Schwangeren und ihre Behandlung durch künstliche Frühgeburt.** (Inaug.-Dissert., Kiel 1898. Ref. im Centralbl. f. Gynäkologie 1899, No. 34.)

Verf. teilt einige mehr acut verlaufene Fälle von Pyelitis in der Schwangerschaft mit, die in der Kieler Frauenklinik beobachtet wurden. Auf Grund derselben empfiehlt er bei den Fällen von Pyelonephritis in der Schwangerschaft, die noch keine großen anatomischen Veränderungen gemacht haben, die mehr acut aufgetreten und verlaufen sind, sobald sie in der Schwangerschaft lebensbedrohliche Erscheinungen machen, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder des künstlichen Abortes.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Vinay: **Ueber Pyelonephritis gravidarum.** (Ostétrique, 15. Mai 1899. Ref. nach Wratsch 1899, No. 34.)

Die Pyelonephritis gravidarum gehört im allgemeinen zu den ziemlich seltenen Erkrankungen. In der großen geburtshilflichen Abteilung des Hôtel Dieu zu Paris wurden in dem Zeitraum von 1893—1899 im Ganzen neun Fälle dieser Erkrankung beobachtet. An Pyelonephritis erkranken in gleicher Weise sowohl Erst- wie auch Mehrgebärende, und zwar am häufigsten zwischen dem fünften und achten Schwangerschaftsmonat. In der Pathogenese der Pyelonephritis gravidarum wirken nach Vinay folgende zwei Hauptfactoren: Einerseits Compression der Ureteren durch die schwangere Gebärmutter, andererseits Infection. Bemerkenswert ist die Thatsache, daß die Pyelonephritis gravidarum am häufigsten rechts auftritt, was entweder dadurch zu erklären ist, daß die schwangere Gebärmutter gewöhnlich rechts von der Mittellinie liegt, oder durch die anatomischen Eigentümlichkeiten der Beckengefäße rechts, ferner dadurch, daß der Kopf der Frucht häufig im linken obliquen Durchmesser liegt, oder auch schließlich durch die größere Vulnerabilität der rechten Niere, welche bekanntlich auch an Tuberculose häufiger erkrankt, als die linke. Die Infection des Nierenbeckens und der Ureteren ist bei Pyelonephritis gravidarum gewöhnlich eine primäre und

nicht secundäre, auf dem Wege durch die Blase entstandene; als Infectionsquelle dient der Darmtractus und als Infectionserreger der gewöhnliche Colibacillus.

Symptome der Pyelonephritis gravidarum sind: sich rasch entwickelndes Fieber, Schmerzen in der rechten Lumbalgegend, welche bei Druck oder Bewegung zunehmen und bisweilen nach unten dem Ureter entlang ausstrahlen; ferner Störung der Darmfunction, Albuminurie und Pyurie. Die tägliche Harnquantität ist verringert; die mikroskopische Untersuchung ergiebt im Harn zahlreiche Eiterkörperchen, körnige Cylinder, Epithelzellen, welche sowohl aus dem Nierenbecken, wie auch aus dem Ureter stammen, und zahlreiche Colibacillen. Störungen von Seiten der Harnblase fehlen gewöhnlich, desgleichen solche von Seiten des Genitalapparates. Die geschilderten Symptome halten 8—12 Tage an, lassen dann allmählich nach, verschlimmern sich aber häufig wieder.

Die Prognose ist sowohl für die Mutter wie für das Kind ziemlich günstig; nur in einigen Fällen führt die Pyelonephritis zur vorzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung.

Bei der Diagnose sind hauptsächlich die Veränderungen des Harns ohne Krankheitserscheinungen von Seiten der Harnblase und die Schmerzen in der Nierengegend in Betracht zu ziehen.

Die Behandlung besteht in Verordnung von beruhigenden Mitteln (Rückenlage, Opium, warme Umschläge etc.) und von Milchdiät, sowie in Sorge für regelmäßigen Stuhlgang. Künstliche Schwangerschaftsunterbrechung ist bei der geschilderten Krankheit gewöhnlich nicht erforderlich.

Li.

Londe: **Albuminurie familiale intermittente.** (Le progrès médical 1899, No. 31.)

L. hat in acht Fällen intermittirende Albuminurie beobachtet, und zwar zuerst mit dem Beginne der Pubertät; die Albuminurie begann jedes Mal mit dyspeptischen Störungen. In sieben Fällen war die Affection eine Familienkrankheit, welche plötzlich zum Ausbruch kommt.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Rudolf Bayer (Wien): **Beiderseitiger angeborener Nierenmangel ohne sonstige bedeutende Missbildungen.** (Wiener med. Wochenschr. 1899, No. 32.)

Der in der Litteratur bis jetzt einzig dastehende Fall von Mangel beider Nieren ohne sonstige bedeutende Mißbildungen (Zaufal, Prager medicin. Wochenschr. 1898) findet nun ein Pendant im dem Falle des Verf.'s. Derselbe betrifft ein gleich nach der Geburt verstorbenes reifes Kind, das weder bei der äußeren Besichtigung noch bei der Section irgend welche Abnormitäten darbot. Die Nierengegend war leer. Nur in dem oberen Teile derselben fand sich sowohl rechts wie links ein scheibenförmiges, ellipsoidisches Gebilde, welches als Nebenniere angesprochen werden konnte. Eine

Niere war weder rechts noch links zu finden. Die vollständig contrahirte Blase lag an normaler Stelle, Ureteren waren aber nicht vorhanden. Die eröffnete Blase zeigte einen mit Schleimhaut ausgekleideten Hohlraum. An der Stelle, wo normaler Weise die beiden Ureteren münden, fanden sich beiderseits zwei kurze vorstehende Zäpfchen. Die Urethra setzte sich bis an die Spitze des Penis fort, um dort blind zu enden. Die beiden Nierenarterien fehlten vollständig, die Arteriae spermaticae gingen beiderseits von den Nebennierenarterien ab. Die Nebennieren waren fast doppelt so groß als bei normalen Neugeborenen. Lubowski.

Dr. Kamtschatow: **Ueber die Wirkung der Birkenknospen auf die Harnausscheidung gesunder und an Nephritis leidender Personen.** (Petersburger Dissertationen. Wratsch 1899, No. 24.)

Die Angaben Winternitz's, daß die Birken-Knospen und -Blätter diuretische Wirkung besitzen, haben namentlich in Rußland Anklang gefunden und Nachprüfungen veranlaßt. Ueber die Untersuchungen von Tarasow haben wir an dieser Stelle bereits berichtet (cf. diese Monatsberichte, Jahrg. 1899, Heft 4, S. 249). Während nun Tarasow, der mit wässerigem Extract der Birken-Blätter und -Knospen experimentirte, ein positives Ergebnis erzielte, sind die Untersuchungen des Verf.'s negativ ausgefallen. Er verwendete die Birkenknospen sowohl in Form eines Decocts, als auch in der eines Infusum spirituosum. In ersterer Form zeigten die Birkenknospen keine bemerkbare Steigerung der Harnausscheidung, reizten aber weder die gesunden noch die kranken Nieren. In zweiter Form zeigte das Mittel gleichfalls keine diuretische Wirkung und reizte dazu bei jeder Nephritisform das Nierengewebe und steigerte den Eiweißgehalt des Harns. Lubowski.

Prof. Obolenski: **Ueber die therapeutische Anwendung der Nierensubstanz bei Nephritis.** (Protocolle der Gesellschaft f. wissenschaftl. Medicin und Hygiene an der Universität Charkow. Wratsch 1899, No. 27.)

Die Erfahrungen des Verfassers erstrecken sich auf sechs Fälle. Die Nieren (vom Lamm oder Schwein) wurden entweder in zerkleinertem Zustande mit Zusatz von Zwiebeln und pulverisirtem Weißbrod innerlich gegeben, oder in Form von Clysmen (30 g Nierensubstanz auf 50—60 g physiologischer Kochsalzlösung), oder aber in Form von subcutaner Injection (400 g Nierensubstanz auf 800 g Kochsalzlösung). Als die beste Applicationsweise bezeichnet Verf. die subcutane Injection, in zweiter Linie folgen die Clysmen, mit welchen die Patienten 10—12 Stunden behandelt wurden; am wenigsten ist der innerliche Gebrauch der Nierensubstanz geeignet, weil dabei nicht selten Erbrechen, Uebelkeit und Durchfall beobachtet wurden. Unter dem Einfluß dieser Behandlung stieg die Menge des Harns, die Oedeme verringerten sich und verschwanden sogar vollkommen. Die Menge des

Harneiweißes verringerte sich, die Cylinder verschwanden aus dem Harn, die Quantität des Harnstoffes und der Leukomaine nahm zu. Die urämischen Erscheinungen, wie Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Krämpfe und Asthma verschwanden; das Sehvermögen besserte sich bedeutend. Irgend welche definitiven Schlüsse aus der geringen Zahl seiner Beobachtungen zu ziehen, ist Verf. nicht geneigt; er begnügt sich mit dem Hinweis darauf, daß vom theoretischen Standpunkt aus die Anwendung der Nierensubstanz bei Nephritis durchaus begründet und daß die Fortsetzung der Versuche in Anbetracht der erzielten Resultate berechtigt ist. In der Klinik des Verf.'s werden die Beobachtungen in dieser Richtung auch weiter geführt. Li.

Dr. Freudenstein: **Ueber Veränderungen der Nieren bei einfacher Darmobstruction.** (Petersb. Dissertation, Wratsch 1899, No. 25.)

Die Versuche wurden an Hunden und Kaninchen angestellt, bei denen der Dickdarm mittelst eines Bandes abgeschnürt wurde. Die Versuchstiere wurden in verschiedenen Zwischenpausen (4—27 Tage) getötet und die Nieren mikroskopisch untersucht. Es fanden sich nun Veränderungen in den Deckzellen sowohl der Tubuli recti, wie auch der Tubuli torti. In den ersten Tagen der Darmobstruction waren besondere Veränderungen nicht vorhanden. Später zeigte sich trübe Schwellung und schließlich kernige Degeneration und Zerfall der Zellen. In den Fällen mit der längsten Dauer der Stenose fand sich auch fettige Degeneration des Epithels. Mit der Degeneration ging in den Tubuli torti Hand in Hand auch Desquamation der Zellen. In den Tubuli recti fanden sich glasartige und kernige Cylinder. Eiweiß trat im Harn schon am sechsten Tage nach Anlegung der Darmstenose auf. Wir machen bei dieser Gelegenheit auf die von uns referirte, denselben Gegenstand berührende Arbeit v. Engel's aufmerksam. Cf. diese Monatsberichte 1899, Heft 6, S. 380. Li.

Dr. Crosse: **Schwarzwasserfieber (Febris haemoglobinurica).** (Vortrag, gehalten in der Epidemiological Society. Original-Bericht der Wiener med. Presse 1899, No. 32.)

Das Schwarzwasserfieber, welches in den tropischen Regionen Afrikas, Asiens und Amerikas vorkommt, ist nicht mit den von Nierenblutungen begleiteten Malariaformen zu verwechseln. Es herrscht in größter Intensität endemisch im Nierengebiet. Die characteristischen Symptome der Erkrankung sind Fieber, Hämoglobinurie, Icterus, Nausea, galliges Erbrechen. Das Fieber ist anfänglich von Malaria nicht zu unterscheiden, doch tritt am zweiten oder dritten Tage Schüttelfrost und Temperatursteigerung als Vorläufer der Hämoglobinurie auf, danach Absinken der Temperatur. Die rote bis dunkelbraune Farbe des Harns ist durch das Vorhandensein von Oxy- und Methämoglobin bedingt. Albumen ist immer, Gallenfarbstoff dagegen nur selten vorhanden, von Formelementen sind Hämoglobincylinder zahlreich vorhanden, Icterus mit abundantem galligen Erbrechen ist ein charac-

teristisches Symptom, ebenso sind die Stühle biliös, Jucken und Pulsverlangsamung sind nicht vorhanden. In schweren Fällen treten als Terminalsymptome Husten, intensiver Durst, Versiegen der Harnsecretion, Coma auf; die Angabe Koch's, daß die Hämoglobinurie durch Chininintoxication bedingt sei, ist durchaus irrig, weil gerade jene Personen, welche prophylactisch Chinin nehmen, vom Schwarzwasserfieber verschont bleiben. Bei Schwarzwasserfieber wurden im Blut Plasmodien gefunden. Zur Behandlung empfiehlt sich die hypodermatische Anwendung leichter, löslicher Chininsalze (Lactat oder Citrat), die erhitzte Lösung wird, so lange sie noch warm ist, injicirt. Die Dosis beträgt zunächst 0,7 g 8stündlich, am dritten Tage 12stündlich, dann bis zum Ende des Anfalls zweimal täglich 0,3 g Chinin. M. L.

Dr. Paul Richter (Berlin) und Dr. W. Róth (Budapest): **Experimentelle Beiträge zur Frage der Niereninsufficienz.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 30—31.)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit derselben Frage, welche den letzten Arbeiten v. Korányi's zu Grunde liegt (cf. diese Monatsber. 1899, Heft 1, S. 1 und Heft 5, S. 311). Auch die Verfasser sind der Ansicht, daß die Niereninsufficienz weder aus den klinischen Symptomen, noch aus der Untersuchung des Harnes oder des gesamten Stickstoffumsatzes festzustellen ist, wohl aber durch die neuerdings von A. v. Korányi empfohlene Methode, bei der nicht der Harn, sondern das Blut des Patienten untersucht wird. Diese Methode beruht bekanntlich auf der Prüfung der moleculären Concentration des Blutserums mittelst der leicht durchführbaren Methode der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes. Die experimentellen Untersuchungen der Verfasser beziehen sich teilweise auf Fragen, welche bereits v. Korányi zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht hatte, teils beschäftigen sie sich mit der in klinischer Beziehung höchst interessanten Frage, ob sich die diffusen, anatomisch controlirbaren Veränderungen, wie man sie von der hämatogenen, doppelseitigen Nephritis her kennt, und wie man sie jederzeit im Experimente erzeugen kann, gleichfalls durch Veränderung des Gefrierpunktes des Blutes verraten. Man ist im Stande, durch eine große Reihe von Giften verschieden ausgesprochene nephritische Veränderungen experimentell hervorzurufen, und zwar durch vorsichtige Dosirung die Wirkung der Vergiftung in der Hauptsache nicht nur auf das gesamte Nierenparenchym, sondern mehr oder weniger auf gewisse Gewebspartien der Nieren zu beschränken, also hauptsächlich eine Glomerulonephritis oder eine tubuläre Form der Nephritis zu erzeugen. Zu ihren Zwecken haben nun die Verfasser das Cantharidin, das in nicht zu großen Dosen zu allererst den Knäuelapparat der Niere afficirt, gewählt, ferner das chromsaure Kali, welches eine diffuse Nephritis mit hauptsächlicher Beteiligung des tubulären Apparates verursacht, dann das Aloin, welches eine diffuse Nephritis mit anscheinend gleicher Beteiligung aller Gewebselemente hervorruft, und schließlich das Kalium oxalicum, welches

eine eigentümliche, von Ebstein in Virchow's Archiv (Band 146) beschriebene Nierenveränderung bewirkt, die in mechanischer Verlegung der Harncanälchen durch artificielle Infarcte besteht.

Die Ergebnisse ihrer Experimente fassen die Verfasser in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Die normale Gefrierpunktserniedrigung des Kaninchenblutes ist eine constante physiologische Standardzahl ($\triangle = 0{,}56$), von welcher nur geringe Abweichungen (0,54—0,59) vorkommen).

2. Wenn die Nierenthätigkeit durch beiderseitige Nierenexstirpation vollkommen ausgeschaltet wird, so daß nun die Stoffwechselproducte nicht aus dem Organismus ausgeführt werden, so steigt die moleculäre Concentration des Blutes; es ist also eine moleculäre Retention zu constatiren.

3. Eine einseitige Nephrectomie führt zu keiner moleculären Zurückhaltung im Blute, weil die zurückgebiebene gesunde Niere für die exstirpirte compensirend in Action tritt. Dagegen kommt die moleculäre Retention hier deutlich zu Stande, wenn die zurückbleibende Niere geschädigt ist. Durch Gifte veranlaßte (doppelseitige, hämatogene) Nephritiden führten in allen Fällen zu einer mehr oder weniger ausgesprochenen pathologischen Senkung des Gefrierpunktes, d. i. zu einer Molecülretention, und zwar: a) Bei einer Nephritis, welche hauptsächlich den Gefäßapparat betrifft (Cantharidinnephritis) oder bei einer durch das ganze Nervengewebe diffus verteilten Nephritis (Aloinnephritis) ist die moleculäre Retention schnell einsetzend und stark ausgesprochen; dabei ist sowohl in der Cantharidin- wie in der Aloinreihe ein regelrechter Parallelismus zwischen der Giftdosis — also der Wirkungsintensität des pathogenetischen Factors —, zwischen dem Entwicklungsgrade der anatomischen Veränderungen und zwischen der pathologischen Senkung des Gefrierpunktes zu constatiren. b) Die Läsion, die mehr den tubulären Apparat betrifft, scheint weniger geeignet, eine moleculäre Retention zu veranlassen. Die letztere hält sich in diesen Fällen innerhalb engerer Grenzen. Ein Parallelismus zwischen moleculärer Retention und dem Entwicklungsgrade der anatomischen Läsion bezw. der Größe der Giftdosis ist auch in dieser Reihe nicht zu verkennen. c) Die mehr mechanische Verlegung der Harncanälchen durch artificielle Infarcte (wie bei Kalium oxalicum-Vergiftung) führt ebenfalls zur Retention von festen Moleculen im Blute und zu einer entsprechenden pathologischen Senkung des Gefrierpunktes. Die pathologische Senkung des Gefrierpunktes ist durch Retention echter Stoffwechselproducte, nicht aber durch Retention des Kochsalzes bedingt; letzteres zeigt in vielen Fällen sogar eine Concentrationsabnahme. Li.

J. Israel: **Ueber den Einfluss der Parenchymspaltung auf Entzündungsprocesse der Niere.** (Vortrag, gehalten in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 12. Juni 1899. Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 32.)

Der heilende Einfluß der Nierenspaltung erstreckt sich auf zwei scheinbar sehr verschiedene Krankheitszustände, nämlich einerseits die totale Suppressio

urinae in Folge acuter Entzündungszustände, andererseits auf jenes dunkele Gebiet einseitiger Koliken und Blutungen, welche man bisher als Nephralgie, Nephralgie hematurique, essentielle Nierenblutung oder angioneurotische Nierenblutung bezeichnet hatte. Diese scheinbar so differenten und heterogenen Krankheitsbilder fallen um so ungezwungener unter diesen gemeinschaftlichen therapeutischen Gesichtspunkt, weil, wie I. erläutert, auch diese früher für rein nervös gehaltenen Erscheinungen auf chronisch entzündlichen Veränderungen beruhen.

Zunächst bespricht I. folgende Krankheitsgeschichte: Bei einem 61jähr. Patienten aus tuberculöser Familie mußte im Mai vorigen Jahres wegen vorgeschrittener Nierentuberculose, verbunden mit einer sehr ausgedehnten eitrigen Perinephritis, die rechte Niere entfernt werden; der Patient erholte sich bald unter rapider Gewichtszunahme von 50—60 Pfund. Es blieb nur eine Dysurie zurück, welche auf eine tuberculöse Blasenerkrankung bezogen wurde. Inmitten des vollsten Wohlbehagens wurde er plötzlich am Abend des 30. Decembers von heftiger linksseitiger Nierenkolik befallen, welche von einer schnell complet werdenden Anurie gefolgt war. Schüttelfröste und Fieber bis 40,9, Uebelkeit, Respirationsfrequenz von 60. Es schwankte die Diagnose zwischen Steineinklemmung und einer peracut aufsteigenden Pyelonephritis. Am 2. Januar erfolgte die Nephrotomie. Es entleerte sich aus den Becken eine Menge von zwei Eßlöffel Eiter. Der erweiterte Sectionsschnitt spaltete die Niere vollkommen. Nach Umschnürung erkennt man an dem blutleeren Parenchym, welches eine schmutzig verwaschene Beschaffenheit zeigt, eine große Anzahl miliarer, tuberkelähnlicher Eiterherde, welche zum Teil an der Nierenoberfläche prominiren. Der verdickte Ureter ist frei von Stein. Lockere Tamponade der gespaltenen Niere. Es erfolgte nun bald nach der Operation eine starke Harnflut, die sich zunächst aus der Nierenwunde ergießt, allmählich aber den normalen Weg nimmt, so daß am 31. März die gesamte Urinmenge per vias naturales entleert wurde. Die urämischen Erscheinungen schwanden allmählich. Der Patient wird als geheilt demonstrirt. Unzweifelhaft handelte es sich um einen peracuten, infectiösen, aufsteigenden Fall von Pyelonephritis (Surgical Kidney). Die Anurie erklärt I. auf folgende einleuchtende Art. Durch die acute Entzündung erfolgte eine gesteigerte Spannung in dem Organ, welche deshalb eine ungewöhnliche Höhe erreichen mußte, weil diese Niere schon vor der Entzündung als einziges secretorisches Organ unter gesteigerten Druckverhältnissen stand. Die Kapsel kann einer solchen Drucksteigerung nicht folgen, es werden zunächst die Venen comprimirt, es entsteht Gewebsödem. Diese Spannungszunahme ist nun einerseits die Veranlassung für den Eintritt des initialen heftigen Kolikanfalles, andererseits sieht I. in der Entspannung durch die Nephrotomie das Wesentliche des curativen Effects. Hierauf berichtet I. über 14 von ihm selbst beobachtete Fälle von sog. Nephralgie hematurique, welche er durch Parenchymspaltung behandelte. Von diesen 14 Fällen haben alle, mit Ausnahme von zwei Fällen, einen unverkennbaren Nutzen von der Operation gehabt. Die Blutungen und die Koliken ver-

schwanden, ein abnormes Mictionsbedürfnis ist normalisirt worden; event. spätere Recidive trugen leichteren Character. Von den 14 Fällen sind 3 gestorben, 2 von diesen mit schwerer, doppelseitiger Nephritis, 6 dauernd und vollständig geheilt, 3 haben nach scheinbarer Heilung später, allerdings in leichterem Grade, Recidive ihrer Beschwerden bekommen. 2 Fälle zeigten nur eine vorübergehende Besserung. I. glaubt, daß diese Operationsresultate noch gebessert werden durch Unterlassung der Nierennaht und statt ihrer Anwendung der einfachen Tamponade. Lubowski.

Rothschild: **Experimentelle Untersuchungen über die Grenzen der cystoskopischen Diagnose renaler Pyurien und Hämaturien.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 5.)

Um festzustellen, bis zu welchem Grade Pyurien und Hämaturien renalen Ursprungs mittelst des Cystoskops diagnosticirt werden können, hat R. experimentelle Untersuchungen am Blasenphantom angestellt. Als Grundlage diente die sog. Transparentmethode Posner's, welche darin besteht, daß ein gewöhnliches Becherglas auf eine mittlere Druckschrift gestellt und nunmehr in dasselbe so lange Urin gegossen wird, bis der Druck gerade für das Auge verschwindet. Die Höhe der Flüssigkeit wird dann mit dem Centimetermaß abgemessen, und die erhaltene Centimeterzahl giebt den Durchsichtigkeitsgrad der betreffenden Flüssigkeit = D. R. verwandte stets dasselbe Becherglas und dieselbe Druckschrift, und zwar von den Snellenschen Sehproben No. XV. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt R. zu dem Resultat, daß leichte Grade von Pyurie und Hämaturie, die sich im Becherglase noch deutlich dem Auge markiren, mit dem Cystoskop nicht mehr sichtbar sind. Der Wert der Cystoskopie wird durch diese Befunde aber keineswegs beeinträchtigt, da ja wohl Niemand, falls nicht eben erhebliche Beschwerden vorhanden sind, wegen solcher leichten Erkrankungen zum Messer greifen würde. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Comby: **Lithiase rénale chez les enfants.** (Le progrès médical 1899, No. 32.)

C. erinnert daran, daß Parrot auf gelbe Uratstreifen in den Pyramiden der Nieren von Neugeborenen aufmerksam gemacht hat. C. hat nun versucht, diese Thatsache zu bestätigen, und es ist ihm gelungen, bei 48 Sectionen von Kindern, deren Alter zwischen drei Tagen und zwei Jahren schwankte. Die harnsauren Ablagerungen sind desto häufiger, je jünger das Kind ist. Er giebt die Schuld an dieser Störung der schlechten Ernährung der Kinder, den Gastrointestinalcatarrhen und der zu frühen Entwöhnung. Ferner hat C. noch in den Nieren Gries und Steine gefunden, außerdem Blasensteine, Pyelitis und sogar Hydronephrose. Die Diagnose der harnsauren Ablagerungen ist außerordentlich schwierig, und therapeutisch kann C. nur eine Ueberwachung und Verbesserung der Ernährung empfehlen.

Immerwahr (Berlin).

Dr. Fedorow: **Beitrag zur Frage der Nierentuberculose.** (Vortrag, gehalten auf dem VII. Congreß der russischen Aerzte zu Kasan. Wratsch 1899, No. 27.)

Die Schlüsse des Vortrages sind folgende:

1. Die chirurgische Intervention ist nur bei chronischer Nierentuberculose angezeigt.

2. Die Cystoskopie, manchmal auch der Katheterismus der Ureteren sind die zuverlässigsten Hilfsmittel zur Diagnosticirung der Nierentuberculose.

3. Die radicale Behandlung der Nierentuberculose besteht in Exstirpation der kranken Niere.

4. Die günstigen Resultate der operativen Behandlung der Nierentuberculose rechtfertigen das Bestreben der Chirurgen, auch die Behandlung dieser Krankheit als ihre Domaine zu betrachten, vollkommen. Li.

Dr. E. Herczel: **Nierenexstirpation mit liegengelassenen Pincetten.** (Ung. med. Presse 1899, No. 20.)

Die bekannte Thatsache, daß nach Nephrectomien selbst dann, wenn nicht tuberculöse Nieren exstirpirt werden, häufig lange fistulöse Hohlgänge zurückbleiben, welche die Kranken quälen und den Chirurgen zu immer neuen Eingriffen zwingen, betrachtet Verf. wenigstens teilweise als die Folge der versenkten Ligaturen, namentlich des Stumpfes, insbesondere dann, wenn die Gefäße des Stumpfes mit Seide, ja selbst mit Catgut abgebunden werden. Die Anwendung von Ligaturen ist also nach Ansicht des Verfassers möglichst zu meiden und die Blutstillung bei den Nierenexstirpationen mit liegengelassenen Pincetten derart zu machen, wie sie bei der Uterusexstirpation per vaginam oft gemacht wird.

Nach dieser Methode hat Verf. folgende drei Fälle operirt:

1. Secundäre Nierenexstirpation in Folge von Pyonephrosis. Der Fall betrifft einen 48jährigen Mann, an dem 1897 in Folge von Pyonephrosis die Nephrectomie gemacht wurde. Der Kranke hatte jedoch von Zeit zu Zeit in Folge von Eiterretention geringe Fiebersteigerung und Schmerzen in der Nierengegend. In der rechten Lumbalgegend entleerte sich aus einer 10 cm tiefen, federkieldicken Fistel Urin mit Eiter gemengt, mit der Sonde gelangt man in eine mit mehreren Buchten versehene, eigroße Höhle. Neue Operation 1898. Die Gefäße wurden einzeln mittels Catgut unterbunden, ausgenommen die Arterie. Der Verlauf war ungestört, und unter Milchdiät besserte sich der Zustand, die Operationswunde reducirte sich auf eine ganz feine Fistel. (Dieser Fall will uns nicht recht verständlich erscheinen. Verf. führt ihn an als Belag für die von ihm in Vorschlag gebrachte Operationsmethode mit liegengelassenen Pincetten, dabei sagt er, daß die Gefäße mittelst Catgut unterbunden wurden, also mit dem Material, gegen das vorliegender Aufsatz gerichtet ist. Anm. des Ref.)

2. Nierenexstirpation in Folge von Pyonephrosis calculosa. In der rechten Lumbalgegend des 38jährigen Kranken ein auf Druck schmerz-

hafter, den Respirationsbewegungen nicht folgender, höckeriger, harter, scheinbar fluctuirender Tumor, dessen gedämpfter Percussionston sich zur vorderen Axillarlinie erstreckt. Urin trübe, enthält viel Eiter und wenig Blut. Operation. Die Niere zeigte sich als vollkommen atrophirt und zu einem großen, Steine und Eiter enthaltenden Sack umgewandelt. Die Gefäße des Stumpfes wurden en masse in zwei starke Pincetten gefaßt und diese in der Wunde liegen gelassen. Der Verlauf war vollkommen ungestört und ohne Fieber. Vom sechsten Tage an war der Urin vollkommen normal; $2^1/_2$ Monate nach der Operation heilte die lumbale Wunde ohne Fistel.

3. Secundäre Nierenexstirpation $4^1/_2$ Jahre nach der Nephrotomie. An der 38jährigen Kranken machte Verf. 1894 wegen Pyonephrosis die Nephrotomie, wobei $1^1/_2$ l Eiter entleert wurden. Die Kranke erholte sich jedoch nur sehr langsam, die Operationswunde eiterte fortwährend, und seit einem Jahre urinirt die Kranke wieder häufiger und unter Schmerzen, oft zeigt sich auch Eiterretention unter Begleitung von Fieber, und Patientin nimmt zusehends ab. Die Untersuchung ergiebt in der linken Lumbalgegend eine von blutenden Granulationen umgebene Fistelöffnung, aus der auf Druck sich viel grüner, dicklicher, stinkender Eiter entleert. Im Urin viel Eiter, ferner flache Epithelzellen und fein granulirte, rundliche, kleinere (wahrscheinlich Nierenepithel-) Zellen. Exstirpation der linken Niere. Die Operation war ziemlich schwierig. Die Gefäße des Stumpfes wurden mit drei starken Pincetten gefaßt, diese liegen gelassen und erst nach 48 Stunden entfernt. Die Höhle wurde dann tamponirt und die Hautwunde mittelst einiger Nähte vereint. Die histologische Diagnose war: Pyelonephritis chron. c. Perinephritis callosa et c. Deg. hyal. ext. glomerulos. Am Abend des Operationstages Nachblutung, doch auf Tamponade stand sie still. Am 18. Tage löste sich der Stumpf ab und die Höhle füllte sich daraufhin rasch mit Granulationen. Eitergehalt des Urins geringer. Die Kranke fühlt sich sehr gut und nimmt zu. M. L.

Dr. Otto Ramsay: **A Study of Sixty-Seven Cases of Primary Malignant Tumors of the Suprarenal Gland.** (Bull. of the Johns Hopkins Hospital 1899, Bd. 10, Heft 94—96.)

Verf. hatte Gelegenheit, drei Fälle von primärem, malignem Tumor der Nebennieren zu operiren, und dies veranlaßte ihn, die einschlägige Litteratur einem genaueren Studium zu unterziehen. Er fand in der ihm zugänglichen Litteratur im Ganzen 67 Fälle von primärer Neubildung der Nebennieren, von denen 37 Carcinom und 30 Sarcom betrafen. Die hauptsächlichsten Erscheinungen waren braune Verfärbung der Haut, allmählich zunehmender Kräfteverfall, bisweilen Uebelkeit und Erbrechen. Oedem der unteren Extremitäten fand sich nur in einigen Fällen. Während aber diese Erscheinungen in einer Gruppe von Fällen deutlich ausgesprochen waren, fanden sich auch Fälle, in denen nicht ein einziges Symptom vorhanden war, das auf den suprarenalen Ursprung der Krankheit hätte hinweisen können. Der Verlauf der Fälle war ein ziemlich rapider, jedenfalls ein kürzerer als

der der malignen Neubildungen anderer Organe. Die Diagnose ist in allen Fällen mit großen Schwierigkeiten verknüpft, in manchen Fällen überhaupt unmöglich. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Anderweitige Erkrankungen der Nebenniere, Nieren- und Lebergeschwülste, erkrankte retroperitoneale Drüsen, sowie Cysten und Neubildungen des Pancreas. In differentialdiagnostischer Beziehung ist der Umstand von großer Wichtigkeit, daß der Harn bei malignen Neubildungen der Nebennieren unverändert ist; dadurch unterscheiden sich die Nebennierengeschwülste von den Nierengeschwülsten, welche in 50 pCt. der Fälle mit Hämaturie einhergehen. Die Prognose ist überall ernst, und zwar, weil in den meisten Fällen beide Nebennieren afficirt sind und weil die Nebennierengeschwülste große Neigung zur Metastasenbildung zeigen. Die einzig zweckmäßige Behandlung ist die chirurgische. Von den fünf bis jetzt operirten Fällen (incl. der drei Fälle des Verf.'s) sind zwei geheilt. Die Aussicht auf Erfolg ist um so größer, je frühzeitiger die Operation vorgenommen wird. Erschwert wird die Operation durch die enorme Neigung der Geschwulst zu Blutungen und durch die häufigen Verwachsungen derselben mit der Umgebung.

Die vom Verf. selbst beobachteten und operirten Fälle sind folgende:

1. 53jährige Patientin mit derber, länglicher, seit einigen Jahren bestehender Geschwulst in der rechten Seite des Abdomens. Die Geschwulst hatte kugelige Form, verschob sich nicht bei der Respiration, ließ sich aber manuell etwas nach links verschieben. Die Patientin war stark abgemagert, zeigte leichte Braunverfärbung der Haut und klagte über Verstopfungen. Operation: Freilegung der Geschwulst durch Incision in der Mittellinie, stumpfe Abpräparirung des Bauchfelles, Unterbindung der Ureteren und Gefäße, Entfernung der Nebennierengeschwulst samt der stark dislocirten Niere. Gegenöffnung in der Lumbalgegend und Drainage. Die exstirpirte Geschwulst erwies sich bei der histologischen Untersuchung als ein Fibromyosarcom der Nebenniere. Resultat: Vollständige Genesung.

2. 64jährige Frau mit seit zwei Monaten bestehender, sich unaufhörlich vergrößernder Abdominalgeschwulst, welche die ganze linke Hälfte des Abdomens einnahm, unbeweglich, glatt und schmerzlos war und leicht fluctuirte. Die Patientin war in der letzten Zeit stark heruntergekommen. Operation: Incision am Rande des M. rectus abdominis sinister. Der Versuch, die Geschwulst total zu exstirpiren, mißlang; es trat eine profuse Blutung aus den die Geschwulst umgebenden, stark erweiterten Venen ein, und die Patientin starb eine Stunde nach der Operation. Die Geschwulst erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als rundzelliges Sarcom. In der Niere derselben Seite fanden sich bereits Metastasen.

3. Dieser Fall betrifft einen 53jährigen Patienten, bei dem die Exstirpation der Geschwulst zwar gelang, der aber 12 Stunden nach der Operation unter Erscheinungen von Shok verstarb. M. L.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Die Salicylsulfosäure als Eiweissreagens.

Von

Dr. **Mankiewicz** in Berlin.

Die steigende Bedeutung der Untersuchung der Secrete und Excrete des menschlichen Körpers für die Beurteilung der normalen oder anormalen Function der Organe läßt die Vereinfachung der Untersuchungen ohne Beeinträchtigung der Exactheit derselben wünschenswert erscheinen. Eine der wichtigsten Untersuchungen ist diejenige auf Eiweiß; der Nachweis des Eiweisses im Harn und in Punctionsflüssigkeiten hat nicht nur wissenschaftliches, sondern auch eminent practisches Interesse; derselbe ist auch keineswegs immer einfach und leicht; viele der heute gebrauchten Proben sind complicirt, erfordern entweder zwei Flüssigkeiten, oder Säuren und Wärme, oder scharf ätzende Säuren, welche mit sich zu führen dem Arzt kaum möglich ist. Es dürfte deshalb von Interesse sein, einige Mitteilungen über unser bestes Eiweißreagens, welches fast unbekannt ist und in Bezug auf Exactheit, Einfachheit und Bequemlichkeit allen vorangeht, zu machen, über die Sulfosalicylsäure.

Die Sulfosalicyläure, $C_7H_6SO_6 = OHC_6H_3(SO_3H)CO_2H$ ist eine zweibasische Säure und entsteht beim Zusammenbringen von Salicylsäure mit Schwefelsäureanhydrid oder beim Erwärmen von Salicylsäure mit Vitriolöl; sie krystallisirt beim langsamen Verdunsten der wässerigen Lösung in langen, dünnen, grauweißlichen Nadeln, schmilzt bei 120° C., ist sehr hygroskopisch und in jedem Verhältnis in Wasser und Alkohol löslich; sie ist sehr beständig und wird von Salpetersäure und Salzsäure, selbst beim Kochen, nicht angegriffen; beim Kochen mit Königswasser giebt sie Choranil und zerfällt, über ihren Schmelzpunkt erhitzt, in Salicylsäure, Phenol etc.; beim Schmelzen mit Aetzkali erhält man nur Salicylsäure und Phenol; mit Eisensalzen giebt sie wie alle Orthooxybenzoesäuren eine intensiv rotviolette Färbung; ihre Salze sind in Wasser löslich, in Alkohol meist unlöslich. (Beilstein, Organ. Chemie 1896, III. Aufl., Bd. 2, 1515. Wurtz, Dictionnaire de chimie.)

Diese Säure wurde zuerst von Cahours[1]) dargestellt: derselbe ließ die Dämpfe von Schwefelsäureanhydrid auf trockene, gepulverte Salicylsäure wirken und erhielt eine zähe, in Wasser leicht lösliche Sulfosalicylsäure, welche mit den meisten Basen lösliche Salze bildete. Mendius[2]) gelang es, aus dem salicylsulfosauren Baryt die Säure rein darzustellen und über Schwefelsäure in langen, dünnen, seidenglänzenden Nadeln — unter dem Mikroskop irregulär sechsseitige Prismen ohne ausgebildete Endflächen — zur Krystallisation zu bringen. Remsen[3]) behandelte die Salicylsäure direct mit gewöhnlicher concentrirter H_2SO_4; durch gelindes Erwärmen löste sich die Salicylsäure leicht auf und gab eine ziemlich stark gefärbte Lösung, welche mit Wasser verdünnt und stehen gelassen keine unveränderte Salicylsäure mehr aufwies; er stellte vielerlei Salze mit der so gewonnenen Säure dar. Roch[4]) beobachtete zuerst die Fällung von Eiweiß durch die Salicylsulfosäure aus eiweißhaltigen Flüssigkeiten, Harn und Eiweißlösungen; nach seiner Meinung geht die Säure mit dem Eiweiß eine unlösliche Verbindung, analog derjenigen, welche man mit Metaphosphorsäure erhält, ein; er weist nach, daß das ganze in der Flüssigkeit vorhandene Eiweiß durch die Säure gefällt wird und kommt zu dem Resultat, daß man noch 0,0005 pCt. Eiweiß in 10 ccm Lösung, d. h. 0,005 pCt. Eiweiß mit der Sulfosalicylsäure deutlich erkennen kann. Dieser Publication folgt zeitlich ein Aufsatz von Commidge[5]) 1889 in Bartholomew's Hospital journal, Februar, welcher mir nicht zugänglich war. Erst Mac William[6]) führt diese Eiweißprobe in die Praxis ein; er erweiterte unsere Kenntnis von der Einwirkung der Salicylsulfosäure auf Eiweiß in Lösungen dahin, daß sowohl Albumine wie Albumosen durch das Reagens ausgefällt werden, daß die durch Albumosen hervorgerufene Trübung bei Erwärmung verschwindet und in der Kälte wiederkehrt, während die Trübung durch Albumine bei Erwärmung zunimmt und durch Coagulation und Flockenbildung intensiver und deutlicher wird.

Weitere Mitteilungen über die Sulfosalicylsäure als Eiweißreagens erfolgten von v. Jaksch[7]); derselbe verlangt eine saure Reaction des zu untersuchenden Harns, event. also Essigsäurezusatz zum alkalischen, zu filtrirenden Harn; er bestätigt die leichte Differenzirung der Albumosen von den Albuminen durch unser Reagens, will aber nach Untersuchungen Engel's in seinem Laboratorium dieser Methode vor derjenigen Hofmeister's (Essigsäure — Phosphorwolframsäure, event. Zusatz von essigsaurem Blei und Filtration) einen Vorzug nicht einräumen. Aus demselben Laboratorium stammen die Empfehlungen Ott's[8]), welcher mit Lieblein[9]) den Nachweis erbringt, daß auch

Nucleoalbumine durch die Salicylsulfosäure gefällt werden, aber nur eine leichte Trübung hervorzurufen vermögen. Die Mitteilungen von Devic und Roux[10]) giebt Modrin[11]) in seiner Lyoner Dissertation in erweiterter Form. Senator[12]), Stein[13]) und neuerdings Commidge[5]) empfehlen die Sulfosalicylsäure als Eiweißreagens im Allgemeinen, als zur Differenzirung der Albumine und Albumosen im Besonderen.

Die Probe wird in folgender Weise vorgenommen: Der klare, möglichst filtrirte Harn — trüber Harn wird nach Salkowski durch Zusatz von etwas Magnesiumsulfat oder Natriumbicarbonat und Filtration geklärt — wird in Menge von ca. 10 ccm in einem Reagensröhrchen mit 0,1—0,15 g Sulfosalicylsäure (d. i. ungefähr die Menge einer Erbse) in Substanz versetzt und stark geschüttelt; ist Eiweiß vorhanden, so kommt es sofort zur Trübung, und zwar je mehr Eiweiß vorhanden, desto stärker ist die Trübung, so daß etwa bei 0,001 pCt. Eiweißgehalt eine sehr schwache bläuliche, diffuse Trübung, welche nur auf dunkler Unterlage deutlich erkennbar ist, entsteht; bei 0,003 pCt. Eiweiß ist die Trübung deutlich, opalescirend; bei 0,005—0,01 pCt. nimmt der Niederschlag eine weißliche Färbung an; bei 0,02 pCt. Eiweiß ist die Trübung ganz dicht. Bei sehr geringen Eiweißmengen erfolgt die Trübung erst nach einiger Zeit, spätestens nach einer Minute. Der von Jaksch vor der Untersuchung geforderte Zusatz von Essigsäure zum Harn, um ihn sauer zu machen, erübrigt sich, da die Sulfosalicylsäure in der oben angegebenen Menge jeden Harn sauer macht und selbst ein Ueberschuß an Säure die Reaction nicht beeinträchtigt. War der Urin nicht klar zu erhalten, so muß man durch Vergleich mit einer ebenso dicken Schicht Harn in einer anderen Eprouvette feststellen, ob nach Zusatz der Sulfosalicylsäure die Trübung dichter geworden ist; ist letzteres der Fall, so ist Eiweiß nachgewiesen.

Man kann die Untersuchung auch mit einer Lösung, z. B. einer 10proc. Lösung der Säure, vornehmen und dann so verfahren, wie bei der Probe mit Salpetersäure; auch zur Schichtungsprobe eignet sich die 10proc. Lösung, da sie eine Dichte von 1042 gegen 1018 des Urins hat. In zweifelhaften Fällen giebt die Säure in Substanz immer schärfere Resultate, deshalb rate ich, das Reagens immer in Substanz zu verwenden. Auffällig ist, daß, während man bei Eiweißlösungen noch 0,0005 pCt. Eiweiß deutlich an der Trübung erkennen kann, bei eiweißhaltigen Harnen die Grenze der Reaction bei 0,001 pCt. Eiweiß liegt; dies ist aber nicht eine Eigentümlichkeit der Reaction mit Sulfosalicylsäure, man beobachtet vielmehr den gleichen absonderlichen Befund bei allen Eiweißreagentien. Erwärmt man den durch Salicylsulfosäure getrübten Harn, so wird bei Vorhandensein von Albu-

minen die Trübung zuerst intensiver, sodann wird das Eiweiß coagulirt und fällt in Flocken zu Boden; ist die Trübung durch Albumosen bedingt, so verschwindet dieselbe beim Erhitzen, tritt aber beim Erkalten wieder hervor; Peptone sollen nach Commidge nur gefällt werden, wenn man den Harn vorher mit Ammoniumsulfat gesättigt hat, eine Ansicht, welche ich nach meinen Untersuchungen nicht teilen kann. Nach Roch bewirkt die Sulfosalicylsäure keine Coagulation des Eiweißes; coagulirtes Eiweiß ist nicht löslich; mit Salicylsulfosäure gefälltes Eiweiß, abfiltrirt und ausgewaschen, ist in einer genügenden Menge Alkalien und in großen Mengen sehr starker Säuren löslich und giebt mit Eisenchlorid die rotviolette Farbe, genau wie die Salicylsulfosäure selbst; wir haben es also mit keiner Coagulation des Eiweißes, sondern mit einer chemischen Verbindung der Salicylsulfosäure mit Eiweiß zu thun. Man sollte nun annehmen, daß es mit Hilfe dieser chemischen Verbindung ein Leichtes sein müßte, eine ungefähre quantitative Bestimmung des Eiweißes zu machen, ähnlich, aber genauer — da die Salicylsulfosäure das gesamte Eiweiß fällt — wie es mit dem Essbach'schen Apparat und Reagens möglich ist; diese Bestimmung ist mir bisher nicht gelungen, ich erhielt so wechselnde Werte, daß ich zur Ansicht gelangt bin, es mit verschiedenen chemischen Verbindungen zu thun zu haben. Ob man etwa mit Hilfe der Centrifuge hierbei zu weiteren Resultaten kommen kann, müssen weitere im Gange befindliche Versuche lehren. Mit Untersuchungen über die Natur und Eigenschaften der sulfosalicylsauren Eiweiße bin ich noch beschäftigt.

Die normalen Harn- und alle normalen und anormalen Bestandteile des Nierensecrets, wie Kochsalz, schwefelsaures Natrium, phosphorsaures Natrium, phosphorsaurer Kalk, phosphorsaure Magnesia, oxalsaurer Kalk, schwefelsaurer Kalk, schwefelsaure Magnesia, Harnstoff, Hippursäure, Harnsäure, geben keinen Niederschlag mit Salicylsulfosäure; Phosphate und Urate werden durch sie gelöst; Zucker und Galle geben keine Trübung mit dem Reagens und beeinträchtigen seine Wirkung nicht. Mucinlösung giebt mit Sulfosalicylsäure eine der Eiweißtrübung analoge Opalescenz; die Trübung durch Mucin erfolgt aber langsam im Gegensatz zu der sich schnell bildenden Eiweißtrübung; ferner verschwindet sie unter dem Einfluß der Wärme, während die Eiweißtrübung beim Erhitzen dichter wird. Wenn Mucin im Harn ist, ist dies die Folge eines pathologischen Zustandes, und ist dann wohl immer Eiweiß im Harn. Eiweißfreie Urine von Leuten, welche Medicamente: Rheum, Digitalis, Antipyrin, Morphium, Atropin, Strophantus, Ergotin, Coffein, Nicotin, Chloral, Sandelöl, Copaiva und diverse andere Mittel genommen hatten, blieben mit Salicylsulfosäure klar; auch die Medicamente selber

in Lösungen gaben keine Reaction. Nur schwefelsaures Chinin gab in 2proc. und stärkeren Lösungen mit Salicylsulfosäure einen flockigen, weißlichen Niederschlag, aber vollständig unähnlich dem der diffusen Trübung in eiweißhaltigen Flüssigkeiten, ein in der Praxis, wo doch keine 2proc. Chinin haltenden Harne vorkommen, zu vernachlässigender Umstand; dasselbe gilt von der ganz schwachen Trübung, welche nach Ott und Commidge die uns beinahe noch unbekannten Nucleoalbumine mit der Salicylsulfosäure gaben. Ich habe trotz zahlreicher Versuche keinen Stoff entdeckt, welcher die characteristische Reaction mit der Sulfosalicylsäure giebt, außer dem Eiweiß; die Trübung durch Mucin ist durch Anwendung der Wärme sofort auszuschließen. Die Sulfosalicylsäure (Präparat Merck-Darmstadt) ist das schärfste Reagens auf Eiweiß; sie weist noch 1 : 100000 Eiweiß = 0,01/1000 sicher nach. Man bedarf zur Reaction nur einer Eprouvette mit einem kleinen Trichter, des Filtrirpapiers und des Reagens, Dinge, welche Ott in einer bequemen Zusammenstellung hat herrichten lassen. Trichter und Filtrirpapier sind oft noch überflüssig. Die Sulfosalicylsäure ist leicht zu transportiren; ihre Anwendung ist einfach; der Preis ist gering; die Sicherheit der Reaction ist fast absolut, ihre Empfindlichkeit außerordentlich groß. Deshalb empfehle ich dieses Reagens und glaube, daß es den Aerzten gute Dienste thun wird, bessere, als die unbequem zu handhabende Salpetersäure.

Litteratur.

1. M. Aug. Cahours: Annales de chimie et de physique 1845, III, 13, S. 92.
2. Mendius: Annalen für Chemie und Pharmacie 1857, 103.
3. Remsen: Liebig's Annalen 1875, 179, S. 107.
4. Roch: Pharmaceutisches Centralblatt für Deutschland 1889, XXX.
5. Commidge: St. Bartholomews Hospital Journal, Februar 1889 (nicht zugänglich). — The Lancet, 2. April 1899.
6. Mac William: British Medical Journal, 11. April 1891, S. 837.
7. v. Jaksch: Diagnostik. 1892.
8. Adolf Ott: Deutsches Archiv f. klin. Med. 1894, LIII, S. 604. — Prager med. Wochenschrift 1895. — Zeitschrift für Heilkunde 1895, XVI
9. Lieblein: Die Eiweißreationen der Nucleoalbumine. Prager medic. Wochenschrift 1894, 52, S. 663.
10. Devic et Roux: Province médicale, 9. Februar 1895 (nicht zugänglich).
11. Modrin: Thèse de Lyon 1896.
12. Senator: Erkrankungen der Nieren 1896.
13. Stein: Med. Record, 16. Januar 1897, No. 3, 88 (nicht zugänglich, citirt nach Guyon's Annalen 1897, J. Pharm. Chim. (6), 6, 541—542, 15. December 1897, Chem. Centr.-Bl. 1898, 1, S. 225.)

Neue Katheterdampfbüchse

nach

Specialarzt Dr. **Oscar Ehrmann** in Mannheim.

Unter Hinweis auf meine früheren Publicationen über diesen Gegenstand (urspr. Modelle I, II gleichen Dampfcirculationsprincips) in der Deutschen med. Wochenschr. 1898, No. 31, Zeitschrift für Krankenpflege und ärztl. Polytechnik XXI (Aprilheft) publicire ich hiermit mein inzwischen mehrfach verändertes und verbessertes Modell (No. III) „Neue Katheterdampfbüchse", das von C. Müller, Gummiwaarenfabrik-Actiengesellschaft, Berlin NO., Neue Königstr. 89, hergestellt wird (D. R.-G.-M. No. 106228).

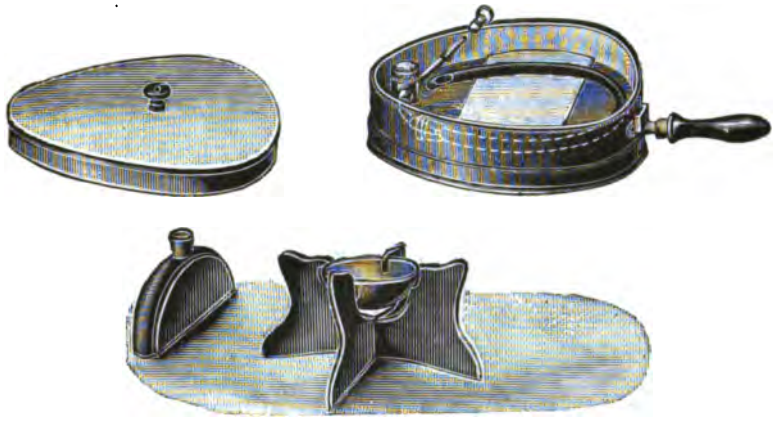
Für Metallinstrumente hat sich das einfache Auskochen in Wasser (bei fettigem Gleitmittel nach vorheriger gründlicher Seifenwasserreinigung) als ideale Methode erwiesen.

Weichgummi-Instrumente kann man kochen, aber ohne Schaden nicht oft so lange, als zur stricten Asepsis erforderlich wäre.

Demgegenüber und gegenüber den chemischen Methoden mit ihren bekannten Mängeln hat die Kathetersterilisation mit strömendem Wasserdampf als brauchbare Methode in letzter Zeit viel Anerkennung und Verbreitung gefunden für alle elastischen Instrumente.

Bei genügend langer Sterilisationszeit bedarf es wohl keiner Dampfinnendurchleitung. Kürzere Zeitdauer und damit bessere Materialschonung bei vollkommener Sterilisation kann vermöge Durchleitung des sterilisirenden Dampfes durch das Lumen des Katheters erreicht werden. (Ca. sieben Minuten, selbst für Katheter, in denen Wochen lang stinkend zersetzter Harn oder eine andere bacterienhaltige Flüssigkeit angetrocknet war, Kutner.) Die guten (nur solche kommen in Betracht) elastischen Katheter halten selbst oft wiederholte Dampfsterilisation ohne wesentlichen Schaden aus. Zeitweiliger Materialersatz, je nach Gebrauchshäufigkeit, ist selbstredend nötig.

Schon Farkas hatte eine kleine Metallbüchse angegeben, als deren Vervollkommnung meine Katheterdampfbüchse s. Zt. construirt wurde. Die Farkas'sche Büchse ist nur ein kleiner cylindrischer Dampfkessel mit Ausströmungsröhrchen (Sprayröhrchen wie an Inhalationsapparaten) ohne Aufnahmeraum für den Katheter, der frei in der Luft am Röhrchen aufgesteckt hängt. In völlig unzulänglicher Weise fand nur eine teilweise Sterilisation der Innenseite statt.



Die „Neue Katheterdampfbüchse" ist ein compendiöser Apparat für Aerzte und Harnleidende von eiförmig-flacher Gestalt. Sie ist zweikammerig mit unterem Wasser-, oberem Dampfraum. An der Schmalseite ist in die Scheidewand ein mit Kork- oder Gummistopfen verschließbares kurzes Rohrstück, das zwei in Charnieren bewegliche Seitenröhrchen trägt, eingelassen. Das verschließbare Rohrstück dient zugleich als Füllrohr des Wasserkästchens; auf die seitlichen spitz auslaufenden Dampfsprayröhrchen kann je ein Katheter aufgesteckt werden. Zu diesem Zweck sind die Röhrchen im Charniergelenk aufstellbar. Die Katheter liegen entlang der eiförmigen Peripherie der Büchse[1]). Das

[1]) Zur Vermeidung der Wiederverunreinigung der weichen Katheter beim Einführen in die Urethra durch die in praxi oft nicht den stricten Anforderungen der Händeasepsis unterworfenen Hände etc. verwende ich in neuerer Zeit (auch an Stelle von aseptischen Gummi- oder Tricot-Handschuhen) „Katheter-Tricot-Schlauchhüllen" von Katheterlänge und ca. $1^1/_2$—2 cm Breite. Die Katheter werden entweder gleichzeitig mit und in diesen Hüllen sterilisirt oder steril in vorher sterilisirte, getrocknete Schlauchhüllen geschoben. Beim Einführen streifen sie sich von selbst am Orificium der Harnröhre ab. Nähere Mitteilung darüber behalte ich mir vor.

Princip der Dampfcirculation bei unserer Büchse ist (im Gegensatz zu anderen, früher oder inzwischen erschienenen Vorrichtungen [Kutner, Rupprecht], die den Katheter als Abzugscanal des Dampfes benutzen, bei Dampfeintritt in das Katheterauge) eine Dampfeinströmung in das offene Ende des Katheters hinein mit Austritt des strömenden Dampfes aus dem Katheterauge, alsdann Umströmung der Außenseite der Katheter und des Dampfraumes und zuletzt Austritt des Dampfes am Ventil im Handgriff des Deckels nach außen. Zur Büchse gehört noch ein aus zwei Teilen zusammensteckbarer Fuß, eine Spirituslampe, deren Brennzeit gerade für eine Sterilisation ausreicht, eine Maßflasche zum Füllen des Wasserraumes. Der Handgriff kann abgenommen werden, ein Dampfröhrchen ist durch Hülse verschließbar, bei Sterilisation nur eines Katheters. Alle Nebenutensilien (Lampe, Fuß, Griff, Maßbecher, Hülse) haben in der Büchse Platz.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. Edgard Chevalier (Paris): **Chirurgie des voies urinaires.** Préface de Prof. Guyon. (Avec 83 figures intercalées dans le texte. Baillière et fils. Paris 1899.)

Das vorliegende, von einem Schüler der Guyon'schen Schule unter Inauguration des Meisters geschriebene Buch ist ein gutes Compendium. Ein brauchbarer Wegweiser dürfte das Chevalier'sche Werkchen für Diejenigen sein, die ihre specialistische Ausbildung in der bekannten, von Guyon geschaffenen Klinik für Krankheiten der Harnwege am Hospital Necker zu genießen beabsichtigen. Denn alles in dem Buche Enthaltene ist nichts Anderes als Aufzeichnungen über Operationen, wie sie Guyon in der genannten Klinik ausführt.

Allerdings ist manche Operation vom Verf. selbst ausgeführt worden, jedoch geschah es, wie er selbst betont, unter steter Beratung mit Guyon, also genau nach dessen Regeln und Vorschriften. Chevalier hat das im Laufe vieler Jahre gesammelte Material ausgearbeitet und in vier Hauptteilen in übersichtlicher Weise geordnet. Jeder der vier Hauptteile (Prostata, Blase, Urethra und Niere) setzt sich aus mehreren Capiteln zusammen, die wiederum in eine Anzahl kleinerer Abschnitte zerfallen, so daß

das Nachschlagen sehr bequem ist. Die Darstellung ist kurz und bündig, theoretische Auseinandersetzungen fehlen vollkommen, desgleichen werden bei den einzelnen Operationen die verschiedenen Modificationen gewöhnlich nicht angegeben, sondern hauptsächlich nur diejenigen Verfahren geschildert, welche an der genannten Klinik geübt werden. Daß die neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Urologie, namentlich die Cystoskopie und der Ureterkatheterismus genügende Berücksichtigung (natürlich nur im Rahmen eines Compendiums) gefunden haben, ist selbstverständlich.

Die zahlreichen Abbildungen, von denen die meisten augenscheinlich nach der Natur gezeichnet sind, erhöhen den Wert des Büchleins, das wir als Nachschlagebuch zur kurzen und raschen Orientirung auf das Wärmste empfehlen. Casper.

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

Charles W. Purdy (Chicago): **Quantitative Determination of Albumin in the Urine.** (The New York Medical Journal, 17. Juni 1899.)

Die Methoden zur quantitativen Eiweißbestimmung des Urins sind entweder zu umständlich und schwierig oder ungenau; die Einen geben den Procentgehalt nach Gewichtseinheit, die Anderen nach Volumenmaß. Die Ausführungen des Verfassers sind das Resultat vieljähriger experimenteller Forschungen zur Verbesserung und Erleichterung der quantitativen Eiweißbestimmung des Harns. Eine Tabelle giebt in vergleichender Uebersicht nebeneinander den Volumenprocentgehalt, den Gewichtswert des trockenen Eiweißes und das Grangewicht des Albumen, welches der Unze Flüssigkeit entspricht. Die Untersuchung nimmt nur 15 Minuten Zeit in Anspruch, Fehler sind nur bis 0,01 pCt. des Gewichts möglich, und auch diese lassen sich bei exacter Ausführung, wie sie vom Verf. genau angegeben wird, vermeiden. Die Methode wird nach P. kurz in folgender Weise ausgeführt: „Fällung des Albumen in genau nach Procenten graduirten, 15 ccm fassenden Gläsern (der Urin muß schwach sauer bei einem Eiweißgehalt von mehr als 10 pCt. verdünnt sein) durch 2 ccm einer 50proc. Essigsäure und 3 ccm einer 10proc. Ferrocyankalilösung auf 10 ccm Urin. Nach Mischung der Reagentien mit dem Urin muß das Ganze zur Erzielung des gesamten Eiweißniederschlages zehn Minuten ruhig stehen bleiben. Dann kommen die Tuben in eine Centrifuge, deren Radius genau $6^3/_4$" betragen muß; die Centrifuge, die 1500 Umdrehungen in der Minute machen soll, wird genau drei Minuten gedreht. Alsdann kann der Volumenprocentgehalt an der Scala der Gläser, der entsprechende Gewichtsprocentgehalt und das der Unze Flüssigkeit entsprechende Grangewicht des Albumen auf der beigegebenen

Tabelle abgelesen werden.“ Die Urinproben, mit denen Verf. experimentirte, sind von wirklich Nierenkranken genommen, die Untersuchungen in genauester Weise durchgeführt und die Resultate für die Erzielung der brauchbaren, exacten Methode verwertet. Blanck (Potsdam).

Dr. K. Oppenheimer: **Ueber einen bequemen Nachweis von Aceton im Harn und anderen Flüssigkeiten.** (Berliner klin. Wochenschr. 1899, No. 38.)

Das vom Verf. unter Zugrundelegung der Angaben von Denigès ausgearbeitete Verfahren zeichnet sich durch ganz enorme Empfindlichkeit aus, indem es noch in Lösungen von 1 : 300000 Aceton erkennen läßt. Bei der qualitativen Acetonbestimmung geht man folgendermaßen vor: Man bereite sich zuerst das Reagens nach folgender Vorschrift:

Hydrarg. oxydati flavi via hum. parati	50,0
Acid. sulfur. concentr.	200,0 ccm
Aq. dest.	1000,0 „

Est die Schwefelsäure in das Wasser gießen, dann das Hg O hinein und nach 24stündigem Stehenlassen filtriren. Nun nehme man ca. 3 ccm des zu untersuchenden Harns (unfiltrirt) und setze tropfenweise Reagens zu. Bei eiweißhaltigen Harnen entsteht sofort eine Trübung, bei normalen erst nach Zusatz einer gewissen Quantität des Reagens. Bei weiterem Zutropfen aber entsteht auf jeden Fall ein Niederschlag, der Harnsäure, Kreatinin etc., wohl auch einen Tropfen der Oxyproteinsäure von Gottlieb enthält. Ist der Niederschlag beim Umschütteln bleibend, so setzt man noch einige Tropfen überschüssiges Reagens zu und läßt 2—3 Minuten stehen, bis der erst schmierige Niederschlag sich abgesetzt hat. Dann filtrirt man durch ein dickes Filter, eventuell (meist nicht nötig) wiederholt, bis das Filtrat klar ist. Nun setzt man noch 2 ccm Reagens (annähernd) und 3—4 ccm 30proc. Schwefelsäure zu und erhitzt nun 1—2 Minuten über der Flamme oder bequemer in siedendem Wasser (in irgend einem Becherglas oder Topf). Tritt nach 2—3 Minuten nunmehr ein dicker weißer Niederschlag ein, so ist Aceton reichlich vorhanden. Sind die Mengen sehr gering (etwa unter 1 : 50000), so kann eventuell erst nach 3—4 Minuten eine Trübung entstehen. Länger braucht man nicht zu erhitzen. Der Niederschlag löst sich in überschüssiger Salzsäure bis auf eine geringe Trübung. Die Probe ist bequem in 5—7 Minuten ausgeführt und erfordert keine besonderen Apparate; nur ein paar Reagensgläser und einen Trichter. Sie muß indessen genau so ausgeführt werden, wie angegeben, um Täuschungsmöglichkeit mit Sicherheit zu vermeiden.

Zur quantitativen Bestimmung des Acetons verfährt man folgendermaßen: Nachdem man sich durch eine qualitative Probe davon überzeugt hat, ob viel oder wenig Aceton im Harn vorhanden ist, nimmt man je nachdem 5—25 ccm Harn, fällt mit Reagens, filtrirt, säuert an und setzt nun einen großen Ueberschuß von Reagens, bei geringen Mengen Aceton ca. 25, bei größeren ca. 30 ccm und 25—30 ccm Wasser zu, bringt das Ganze in

ein starkwandige Medicinflasche, verkorkt und verschnürt sie fest und erhitzt nun eine Stunde im siedenden Wasserbad, den abgeschiedenen Niederschlag sammelt man dann auf gewogenem Filter, das in einem Wägeröhrchen getrocknet wird, oder besser in einem bei 110° getrockneten Goochtiegel auf Asbest an der Pumpe, wäscht sehr gründlich mit kaltem Wasser aus, bis das ablaufende Wasser nicht mehr sauer reagirt, dann mit Alkohol und Aether und trocknet bei 105—115° zur Constanz. Die gefundene Menge mit 0,055 multiplicirt giebt die gesuchte Acetonmenge mit einer Genauigkeit bis auf Milligramme, die für klinische Zwecke genügend ist. Wenn man auf gewogenem Filter arbeitet, wird man stets etwas zu viel finden, doch sind diese Fehler ja constant, bei vergleichenden Bestimmungen also relativ unschädlich, übrigens auch sehr geringfügig. Eine Waage, die noch 1—2 mg angiebt, genügt vollständig für diesen Zweck. Lohnstein.

J. de Groot: **Het ammoniakgehalte der urine bij verschillend diät.** (Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde 1899, No. 11.)

Der Stickstoffgehalt des Urins wurde nach Kjeldahl, der Ammoniakgehalt nach Nencki und Zaleski bezw. nach Schlösing festgestellt. Die untersuchte Person hatte gesunde Verdauungsorgane und lag während der Untersuchungsperiode im Bett. Bei gemischter Nahrung betrug der Ammoniakgehalt des Urins 0,5 g, und das Verhältnis zum Gesamtstickstoff war 1 : 24. Bei Eiweißdiät und ausreichender Nahrung stieg der Ammoniakgehalt bis auf 1,58 g und das Verhältnis zum Totalstickstoff auf 1 : 18 bis 1 : 17. Wurde zudem die Nahrung unzureichend, so stieg das Verhältnis sogar auf 1 : 13. Dreyer (Köln).

Dr. Winokurow: **Beitrag zur Frage der Ehrlich'schen Diazoreaction bei Kindern bei verschiedenen Erkrankungen.** (Djetskaja medicina. Medicinskoe Obosrenie, August 1899.)

Die Erfahrungen des Verf.'s umfassen 143 Fälle, darunter 88 Fälle von Abdominaltyphus, 12 Fälle von typhoidem Fieber und croupöser Pneumonie, 7 Fälle von Influenzapneumonie, 5 Fälle von Influenza und eine Anzahl anderer Krankheiten in vereinzelten Fällen. Die Schlüsse, welche Verf. aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende: Bei Typhus abdominalis wird die Ehrlich'sche Reaction fast stets beobachtet, ihre diagnostische Bedeutung steht jedoch der genaueren und mehr positiven Widal'schen Reaction nach. Bei unbestimmten Typhusformen und bei leichten fieberhaften Darmerkrankungen fehlt die Diazoreaction. Bei Typhus abdominalis ist die Diazoreaction am deutlichsten in der zweiten Krankheitswoche ausgesprochen, im Stadium der großen Temperaturschwankungen beginnt sie zu verschwinden, um mit dem Fieber des Recidives wieder aufzutreten. Die Intensität der Reaction steht mit der Höhe des Fiebers in keinem Zusammenhang. Bei croupöser Pneumonie wird die Diazoreaction ziemlich häufig beobachtet, jedoch ohne daß ihr Auftreten mit dem Grade der Er-

krankung im Zusammenhang steht. Dagegen fehlte die Reaction in sämtlichen Fällen von Influenzapneumonie. In diagnostischer Beziehung glaubt Verf. der Diazoreaction keinen Wert beimessen zu können.

Lubowski.

Dr. Burghart: **Beeinflussung der Diazo-Reaction durch Arzneien.** (Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte am 27. April 1899. Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 38.)

Die Ehrlich'sche Diazoreaction wird durch einzelne Arzneisubstanzen, namentlich durch Körper der Naphthalinreihe, welche bei ihrer therapeutischen Anwendung resorbirt und im Harn ausgeschieden werden, insofern vorgetäuscht, als diese Körper bezw. ihre Oxydationsproducte mit dem Ehrlich'schen Reagens eine tiefe Rotfärbung der Flüssigkeit und des Schüttelschaumes erzeugen. Eine ähnliche Reaction geben auch Harne, denen man entweder Tinct. opii simplex oder Extr. cascar. sagradae oder Extr. hydrastis canadensis zugesetzt hat. Daß diese Eigenreaction der letztgenannten Stoffe eine erhebliche practische Bedeutung hat, glaubt B. nicht. In medicamentösen Mengen in den Magendarmcanal eingeführt, rufen sie im Harn noch keine so deutliche Rotfärbung mit dem Ehrlich'schen Reagens hervor, daß man in die Gefahr kommen könnte, die Ehrlich'sche Reaction als positiv ausgefallen anzusehen. Sie geben auch nicht den der Ehrlich'schen Reaction eigentümlichen grünen Niederschlag.

Viel wichtiger als die Beeinflussung des Harns durch Arzneien nach der Richtung des positiven Ausfalls der Ehrlich'schen Reaction ist die Eigenschaft anderer, viel gebrauchter Arzneistoffe, nach ihrer Aufnahme in den Magendarmcanal die vorher positive Diazoreaction aufzuheben. Die Diazoreaction im Harn wird aufgehoben durch Gallussäure, Gerbsäure, Tannalbin, Tannigen und verschiedene andere Gerbsäurepräparate. Genügen beim Erwachsenen zur Aufhebung der Reaction schon kleine Mengen Gallus- und Gerbsäure, etwa dreimal täglich 0,1, so sind von den zusammengesetzten Präparaten entsprechend größere Mengen, z. B. von Tannalbin und Tannigen, etwa dreimal täglich 0,5 erforderlich. Das hierbei wirksame Princip der letzteren ist offenbar ebenfalls die Gerbsäure. Die Reaction im Harn wird durch diese Präparate noch im Laufe desselben Tages aufgehoben, an welchem sie genommen wurden, und kann von dem Moment des Verschwindens an, wenn Zufuhr größerer Gerbsäuremengen stattfand, bis zu etwa 36 Stunden ausbleiben. Der reinen Gerbsäure entsprechend wirken Arzneien, welche genügend Gerbsäure enthalten. Auch hebt eine Substanz die Diazoreaction auf, welche mit Gerbsäure nicht die geringste Verwandschaft hat: nämlich das Jod, z. B. in Form von Jodtinctur und Jodvasogene, nicht aber als Jodnatrium oder Jodkali, was übrigens darauf hindeutet, daß im Jodvasogen freies oder leicht frei werdendes Jod vorhanden ist. Innerlich gegeben, hob Jodvasogen mitunter, Jodkali nie die Diazoreaction auf. Letzteres erklärt sich durch Bindung des Jods im Körper an andere Substanzen; in durch

das Ehrlich'sche Reagens zu sprengenden Verbindungen oder gar frei wird Jod wohl nur selten ausgeschieden.

Eine Erklärung für die die Diazoreation aufhebende Wirkung der Substanzen kann B. nicht geben. Doch glaubt er das wenigens als sicher betrachten zu können, daß diese Substanzen das Ehrlich'sche Reagens, nicht die Diazostoffe selbst, angreifen und verändern. Lohnstein.

Prof. Klemperer (Berlin): **Zur Behandlung der Phosphaturie.** (Die Therapie der Gegenwart, August 1899.)

Unter Phosphaturie versteht man die häufige Ausscheidung eines Harns, welcher durch ausgefallene Erdphosphate eine milchige Trübung zeigt. Häufig klagen die betreffenden Patienten über vielfältige Beschwerden nervösen Ursprungs. Bekannt ist, daß die Behandlung der Phosphaturie in vielen Fällen auf große Schwierigkeiten stößt; die Trübungen des Urins sind nicht leicht zum Schwinden zu bringen, und die Neurasthenie der Kranken wächst mit den vergeblichen Behandlungsversuchen. Die Phosphaturie beruht darauf, daß phosphorsaurer Kalk im Urin stets ausfällt, wenn das Verhältnis der sauren zu den alkalischen Phosphaten sich zu Ungunsten der ersteren verändert, mit anderen Worten, wenn der Urin seine Reaction zur alkalischen verändert. Alle Umstände, welche geeignet sind, den Urin alkalisch zu machen, lassen Erdphosphate ausfallen. Der Urin wird alkalisch, wenn in der Nahrung Alkalien selbst enthalten sind, also wenn z. B. zu medicamentösen Zwecken kohlensaures Natron genommen oder reichlich alkalische Wässer getrunken werden. Vegetabilische Nahrung macht den Urin deswegen alkalisch, weil die pflanzensauren Salze bekanntlich zu kohlensauren Salzen verwandelt werden. Ferner kommt hier die bekannte Thatsache in Betracht, daß eine Gegensätzlichkeit im Säuregehalt der verschiedenen Secrete des Körpers besteht. Wenn im Magen viel Salzsäure abgesondert wird, so sind wenige saure Molecule für den Urin disponibel; wer 1—2 Stunden nach einer reichlichen Mahlzeit, mag sie auch nur aus Fleisch bestehen, Urin läßt, der wird sehr leicht eine Phosphattrübung bemerken. Wenn die meisten Menschen diese physiologische Phosphaturie nicht darbieten, so geschieht es, weil sie erst 5—6 Stunden nach Tisch Urin lassen. Inzwischen ist die Salzsäure mit dem Speisebrei in den Darm übergetreten, dort resorbirt und also wieder dem Urin zugeführt worden. In der Blase gleicht sich die Reaction wieder aus, und der nun entleerte Gesamturin ist mehr oder weniger sauer, also klar. Da nervöse Menschen gewöhnlich öfter Urin lassen als nervenstarke Menschen, so besteht bei den ersteren mehr Wahrscheinlichkeit gelegentlicher Phosphaturie.

Aus demselben Grunde wird Phosphaturie eintreten, wenn durch heftiges Erbrechen oder Magenausspülungen viel Salzsäure nach außen entfernt wird oder wenn bei Dilatation und motorischen Insufficienzen der saure Inhalt abnorm lange im Magen festgehalten wird. Alle diese Zustände betreffen nun sehr häufig Neurastheniker; auch dies ist ein Grund des Zusammentreffens von Neurasthenie und Phosphaturie.

Was die Behandlung der Phosphaturie betrifft, so würde die Aufgabe einer solchen sein, die Acidität des Harns zu steigern. Vor Allem empfiehlt Minkowski die Behandlung der Phosphaturie durch die Ernährung. Er empfiehlt alle Eiweißnahrung (Fleisch, Eier, Käse, Cerealien, Leguminosen), da sie den Harn ansäuern, und warnt vor Kartoffeln, Wurzel- und grünen Gemüsen, sowie Obst, da sie den Urin direct alkalisch machen. Mit dieser Behandlung hatte Verf. in mehreren Fällen, die hochgradig nervöse Individuen betrafen, jedoch keinen Erfolg. Es bestand bei denselben eine Hyperacidität des Mageninhalts mit hochgradiger motorischer Insufficienz. Die Hyperacidität war eine Teilerscheinung der allgemeinen Nervosität. Die Behandlung der Phosphaturie kann in solchen Fällen nur Erfolg haben, wenn sie die Nervenkrankheit bekämpft, die ihrerseits Hyperacidität und Schlaffheit des Magens verursacht. Damit ist gesagt, daß die Phosphaturie nicht leicht und nicht schematisch behandelt werden kann. Es giebt keine diätetische und keine medicamentöse Vorschrift von allgemeiner Giltigkeit. Die Kunst des Arztes wird ein Regime zu wählen haben, das der nervösen Eigenart des Patienten am meisten entspricht; in der moralischen Einwirkung wird ein Hauptteil der ärztlichen Kunst zu suchen sein. Verf. hat seine Patienten reichlich mit gemischter Kost ernährt und hat sie namentlich getrennt vom Essen viel Wasser, besonders oft einfache Säuerlinge trinken lassen; er hat häufig Anwendungen von Hydrotherapie und Electricität gemacht, mehrere Patienten hat er an die See, sowie einige in's Hochgebirge geschickt. Lohnstein.

Dr. Bogoras: **Zur Kenntnis der Zuckerkrankheit im Kindesalter.** (Archiv für Kinderheilkunde 1899, Bd. 27, Heft 3 u. 4.)

Die erste Untersuchung über die Zuckerkrankheit im Kindesaltor datirt vom Jahre 1813. In Deutschland ist sie von Kieser im Jahre 1841 zuerst notirt. Darauf folgten die Fälle von Heine (1849) und Hauner (1850). Trotzdem äußerte sich Senator noch im Jahre 1872 dahin, daß die Zuckerkrankheit im Kindesalter ungemein selten sei. In der darauffolgenden Zeit mehrten sich aber die Fälle, so daß Stern im Jahre 1890 aus der Litteratur bereits 90 Fälle sammeln konnte. Mit der im Jahre 1893 erschienenen Arbeit von Baginsky hat das Studium der Zuckerkrankheit im Kindesalter einen Schritt vorwärts gemacht, indem dieser Autor durch einen Stoffwechselversuch, den er bei einem fünfjährigen zuckerkranken Mädchen anstellte, sich die Einsicht in den Stoffwechsel des Kindes bei dieser Krankheit zu verschaffen suchte. Dieser Arbeit folgte bald eine größere von Wegeli mit insgesamt 130 Fällen, die gleichfalls einen Stoffwechselversuch bei einem 11jährigen Kinde enthält. Im Laufe der Zeit wurde also das Interesse für die Zuckerkrankheit im Kindesalter immer lebhafter, so daß Verf. aus der neueren Litteratur noch 34 Fälle zusammenstellen konnte, denen er 15 noch nicht publicirte Fälle hinzufügt. Den folgenden Ausführungen des Verf.'s liegen nun hauptsächlich diese letzteren Fälle zu Grunde.

Die schon bei Erwachsenen schwer fallende präcise Definition der Zuckerkrankheit ist im Kindesalter noch schwieriger. Die v. Noorden'sche Definition, daß unter Diabetes mellitus eine Krankheit zu verstehen sei, bei welcher Tage, Wochen hindurch Traubenzucker mit dem Harne ausgeschieden wird, trifft bei Kindern insofern nicht zu, als es feststeht, daß bei ihnen unter gewissen Umständen ganz beträchtliche Zuckermengen im Urin auftreten können, ohne daß von Diabetes mellitus die Rede sein kann. Da die Ursache der Krankheit noch so gut wie unbekannt ist, so ist es kaum gestattet, die Definition auf ein einziges, wenn auch constantes Symptom aufzubauen. Man muß vielmehr den ganzen Symptomencomplex, das ganze klinische Bild bei der Beurteilung dieser Krankheit in Betracht ziehen. Das Studium des Diabetes mellitus in den letzten Jahren hat sogar mit größter Wahrscheinlichkeit gezeigt, daß der schlechtweg so genannte Diabetes mellitus keine einheitliche Krankheit ist, vielmehr daß die Erkrankung verschiedener Organe die Zuckerausscheidung im Urin zur Folge haben kann. Es sind nämlich mehrere verschiedene Krankheiten, die das gemeinschaftliche Symptom des Zuckerauftretens im Urin haben, und als deren eine bezeichnet Verf. auch den Diabetes mellitus bei Kindern.

Die Zuckerkrankheit kommt im Kindesalter nicht sehr häufig vor, wenn auch nicht sehr selten, und nimmt mit dem Alter stetig zu. Als das nächste veranlassende Moment steht die Heredität obenan. Das Trauma wird auch nicht selten angeschuldigt. Auch die Infectionskrankheiten, wie Masern, Diphtherie, Typhus und in neuerer Zeit besonders Influenza, werden erwähnt. Von den übrigen Krankheiten werden Magencatarrh, Morbus maculosis Werlhofii und Syphilis erwähnt, sowie außerdem noch unpassende Diät, Erkältung, Kummer, Erregung, Durchnässung etc.

Die Diagnose des Diabetes mellitus im Kindesalter stützt sich in erster Linie auf den Nachweis des Traubenzuckers im Urin. Man verschafft sich am besten wo möglich die 24stündliche Menge, aus der eine Probe nach gründlicher Umrührung zu entnehmen ist. Da die gebräuchlichsten Zuckerproben sehr zeitraubend sind, so empfiehlt Verf. eine Probe, die bei einiger Uebung zur schnellen Orientirung dienen kann, ob Zucker im Urin in erheblicher Menge vorhanden ist. Sie besteht darin, daß man etwa 5 ccm des Urins schnell in ein Reagensglas filtrirt, mit etwas Kalilauge versetzt und das Reagensglas eine Zeit lang stehen läßt; dann läßt man einen Tropfen einer 5proc. Kupfersulfatlösung einfallen, ohne diese mit der Glaswand in Berührung zu bringen. Ist kein Zucker im Urin vorhanden, so bleibt der Tropfen grün gefärbt und in der Flüssigkeit ungelöst; ist Zucker vorhanden, so wird er allmählich blau und löst sich auf.

Der klinische Verlauf der Krankheit zeigt ein gut ausgeprägtes, constantes Bild. Die Krankheit hat gewöhnlich zwei Stadien: das erste Stadium der Latenz und das zweite acute oder Endstadium. Je nach dem Stadium, in welchem sich das Kind befindet, ist das klinische Bild verschieden. Das erste Stadium kann sich Wochen, Monate lang hinziehen, ohne irgend welche weitere Symptome zu machen, nur die fortdauernde

Zuckerausscheidung weist auf die bestehende Gefahr hin. Die Kinder haben gewöhnlich keine Klagen; die Diurese ist vielleicht etwas gesteigert, ein etwas vermehrtes Durstgefühl wird nicht beachtet, nur die stetige, wenn auch sehr allmähliche Abmagerung bei gewöhnlich sehr gutem Appetit und guter Verdauung zeigen, daß der Organismus unter der Krankheit zu leiden hat. Kommt das Kind in diesem Stadium zur Behandlung, so wird der Zuckergehalt unter Beschränkung oder Entziehung der Kohlehydrate vermindert oder verschwindet gänzlich für einige Zeit. Das Kind wird als gebessert betrachtet, aber nach einiger Zeit tritt die Zuckerausscheidung wieder auf und das Kind ist somit in den früheren Zustand zurückversetzt. Aceton und Acetessigsäure finden sich in diesem Stadium in dem Urin des Kindes nicht. So leicht, wie sie scheinen möchte, ist diese Krankheit nicht. Manchmal ohne jede erklärliche Ursache, manchmal unter dem Einfluß eines Trauma oder einer ganz leichten intercurrenten Erkrankung ändert sich das Bild, bald allmählich, bald plötzlich, aber ausnahmlos entwickelt sich das zweite oder das Endstadium.

Das Bild dieses Stadiums ist folgendes: Aeußerst abgemagertes Kind. Haut auffallend trocken und spröde, etwas abschuppend. Die Temperatur der Haut subnormal, es bestehen Jucken, Erytheme, Eczeme, Furunkel, Drüsenschwellungen und leichte Oedeme. Aus dem Munde ist ein deutlicher Obstgeruch wahrzunehmen. Der Puls ist beschleunigt. Die Lebergegend sehr oft empfindlich und die Leber selbst etwas vergrößert und indurirt. Der Speichel reagirt meistens sauer, es besteht Stuhlverstopfung oder manchmal auch Diarrhoe. Ferner besteht Erbrechen, Enuresis nocturna et diurna, manchmal bei den Mädchen Scheidenausfluß. Sehr oft klagen die Kinder über Leibschmerzen. Auch Wadenkrämpfe treten oft ein. Ein quälendes Durstgefühl stört den Schlaf, sehr oft auch ein gesteigertes Hungergefühl. Die Urinmenge ist auffallend vermehrt, manchmal aber auch zeitweise vermindert. Die Zuckerausscheidung geht der Urinmenge meistens parallel, kann aber auch abweichen. Das specifische Gewicht, durchschnittlich 1020 bis 1045, geht dem Zuckergehalt parallel, kann sich jedoch auch anders verhalten. Der Urin ist meistens eiweißfrei, enthält aber reichlich Aceton und Acetessigsäure. Manchmal ist auch die Diazoreaction sehr gut ausgesprochen. Die Kinder sind verstimmt, launig, verdrießlich. Das zweite Stadium zieht sich gewöhnlich nicht lange hin. Es kann Wochen, vielleicht Monate dauern, dann schließt das Leiden gewöhnlich unter dem Bilde des Coma. Das Alter des Kindes hat auf die Dauer der Krankheit wohl keinen Einfluß, und was den Ausgang der Krankheit anbetrifft, so ist er für jedes Alter der Kinder leider derselbe. Der Sectionsbefund ist zur Zeit noch gar nicht im Stande, die Schwere und Art der Krankheit zu erklären.

Beachtenswert sind die Angaben des Verf.'s über den Ernährungszustand und den Stoffwechsel der diabetischen Kinder. Allen Fällen des Verf.'s ist der Umstand gemeinschaftlich, daß die Zuckerausscheidung bei kohlehydratfreier und -reicher Kost von der Eiweiß- resp. Stickstoffeinnahme ganz unabhängig ist. Ferner ergiebt sich aus den Beobachtungen

des Verfassers, daß bei der kohlehydratfreien Kost die Zuckerausscheidung fortbesteht, dabei aber weit an Menge die Kohlehydrate der Nahrung übertrifft. Die Folgerung daraus ist, daß bei der Darreichung der Kohlehydrate nur ein Teil des ausgeschiedenen Zuckers aus den Kohlehydraten der Nahrung stammt. Der andere Teil wird, wie es in der letzten Zeit immer klarer bewiesen wird, aus Fett gebildet. Pettenkofer und Voit haben bei einem hungernden Menschen festgestellt, daß in dem Hungerzustande in 24 Stunden 1 g Eiweiß und 3 g Fett pro Kilo Körpergewicht verloren gehen. Dabei ist von ihnen bemerkt worden, daß, je fettärmer das Individuum ist, desto größer sein Eiweißconsum, und umgekehrt. Es stellt sich damit heraus, daß im Hungerzustande das Fett in dreifach größerer Menge als das Eiweiß verbraucht wird; es sind somit im Hungerzustand Fett und Eiweiß an der Wärmeproduction im Verhältnis zu 7 : 1 beteiligt. Dieses stimmt mit der bekannten Thatsache überein, daß der Körper seine Eiweißsubstanz sehr zähe behält und nur im Notfall in geringen Mengen auszugeben im Stande ist. Andererseits ist es Thatsache, daß der Zucker eine lebenswichtige Substanz ist, ohne welche das Leben unmöglich erscheint. Deshalb ist es von vornherein anzunehmen, daß bei Zuckerverlust, wie es bei den Diabetikern der Fall ist, der Organismus Alles aufbieten wird, um sich die nötige Zuckermenge zu verschaffen Werden nun bei dem diabetischen Kinde bei der gewöhnlichen Kost die Kohlehydrate nicht verwertet und der aus ihnen gebildete Zucker im Urin ausgeschieden, so wird somit das Kind in den Hungerzustand versetzt, weil die Kohlehydrate die Hauptmasse der Nahrung bilden, und der Organismus benutzt den uns schon bekannten Weg: es werden nämlich die Fettmassen zur Zuckerbildung zugezogen. Danach würden die Fettablagerungen als Reservedepots anzusehen sein, aus welchen im Notfall die Reservekraft zu haben ist. Dieser Vorgang muß für den Organismus insofern vorteilhaft sein, als das Fett ein solches Material ist, welches in geringen Mengen verhältnismäßig große Mengen Zucker bilden kann. Es ist leicht verständlich, daß der Körper, der anstatt fertiger, leicht verwendbarer K.-H.-Mengen das noch weiterer Bearbeitung bedürftige Fett hat, nur mit gewisser Anstrengung sein Gleichgewicht zu bewahren im Stande sein wird. Kommt aber eine intercurrente, ganz zufällige Erkrankung hinzu, wird die Resorption gestört, so ist das Kind, bis es sich erholt, auf seine Fettreserve resp. sein Fettpolster angewiesen. Dieses ist aber bei den Kindern im Verhältnis zu den Erwachsenen sehr gering und bald wird auch das Körpereiweiß zu der Zuckerbildung zugezogen; aber der kindliche Organismus hält dies nicht lange aus und es kommt zum Zusammenbruch resp. zum Exitus. Hat sich inzwischen das Kind erholt und steigt die Resorption, dann tritt der alte Modus wieder zu Tage und der Exitus wird auf Wochen, vielleicht auf Monate verschoben.

Lubowski.

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Almkvist: **Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone.** (Ach. f. Derm. u. Syph., Bd. 49, Heft 2—3.)

Um die Casuistik der Trippermetastasen zu vermehren, schildert Verf. einen Krankheitsfall, der in der Welander'schen Klinik zur Beobachtung kam. Im Ganzen sind bis jetzt nur vier Fälle von subcutaner Metastase bekannt gewesen. Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Juwatschew: **Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Urethritiden mit Ausspülungen der Urethra mittelst eines neuen Katheters mit Rückstrom.** (Wratsch 1899, No. 36—37.)

Vor einiger Zeit berichtete Verf. in einer vorläufigen Mitteilung über einen von ihm construirten Katheter, der ein Eindringen der Spülflüssigkeit in die Harnblase vollständig ausschließt. Gegenwärtig berichtet Verf. über das Resultat der in mehr als 100 Fällen stattgehabten Anwendung seines Katheters, welches die von ihm damals ausgesprochene Meinung über den Wert seines Verfahrens vollkommen bestätigt. Der neu construirte Katheter ist 12 cm lang und läuft in einen gekrümmten, 2 cm langen Schnabel aus. Auf den Längsseiten des Katheters (cf. diese Monatsberichte 1899, Heft 2, S. 88) verlaufen vier Rinnen, die in kleine, für den Abfluß bestimmte Oeffnungen münden. Die Rinnen ermöglichen es nun, daß die Flüssigkeit aus der Harnröhre nach geleisteter Spülung zurückfließt. Der Katheter wird bis an den Hals der Harnblase in die Harnröhre eingeführt und hierauf der Flüssigkeitsstrom unter möglichst geringem Druck in Bewegung gesetzt. Die ersten Versuche machte Verf. mit Lösungen von Kali hypermangan. von 1 : 4000. Sie umfassen 26 Patienten, darunter 13 mit acuter und 13 mit chronischer Gonorrhoe.

Zur Beurteilung des Wertes seines Verfahrens hat Verf. vor Allem den Begriff von Heilung zu definiren gesucht, weil derselbe von verschiedenen Autoren anders aufgefaßt wird. Verf. spricht von vollständiger Heilung nur dann, wenn folgende vier Merkmale vorliegen: 1. Fehlen jeglichen Ausflusses aus der Harnröhre, selbst des durchsichtigen Morgentropfens; 2. vollständige Durchsichtigkeit des Harns; 3. vollständiges Fehlen von Gonorrhoefäden; 4. negatives Resultat der mikroskopischen Untersuchung auf Gonokokken nach Reizung der Harnröhre mittelst Höllensteininjectionen.

In sämtlichen 26 Fällen der ersten Gruppe trat vollständige Heilung ein. Complicationen fehlten. Um sich davon zu überzeugen, daß der günstige Erfolg bei seinem Verfahren nicht etwa auf mechanischer Wirkung des Flüssigkeitsstromes beruhe und die chemische Zusammensetzung der Spül-

flüssigkeit nicht nebensächlich sei, wendete Verf. in neun Fällen versuchsweise als Spülflüssigkeit physiologische Kochsalzlösung an; er mußte aber diese Ausspülungen wegen Nutzlosigkeit derselben und eingetretener Complicationen wieder abbrechen.

In einer weiteren Gruppe von 29 Fällen wandte Verf. als Spülflüssigkeit eine Höllensteinlösung von 1 : 6000 an. Das Resultat war dasselbe wie bei der Anwendung des Kali hypermanganicum, bezüglich der Behandlungsdauer sogar ein etwas besseres. Dagegen ergaben die in drei Fällen angewandten Ausspülungen mit einer Sublimatlösung von 1 : 10000 ein vollständig negatives Resultat: Heilung wurde nicht in einem einzigen Falle erzielt, während in acht Fällen schwere Complicationen aufgetreten waren.

In Anbetracht der bekannten Thatsache, daß die Gonokokken bei einer Temperatur von über 45° C. zu Grunde gehen, sowie angeregt durch die Mitteilung Reverdin's, der bei der Behandlung der Gonorrhoe mittelst Ausspülungen mit einer auf 45° C. erwärmten Lösung von Kali hypermangan. (1 : 4000) gute Resultate erzielt hat, sowie durch die Arbeit Sobolew's, der in derselben Weise von 28 Fällen 25 vollständig zur Heilung gebracht hat, hat Verf. in 16 Fällen dieselbe Behandlung angewandt und durchweg vollständige Heilung erzielt, und zwar unter bedeutender Herabsetzung der Behandlungsdauer.

Was den Katheter mit Rückstrom betrifft, so entsprachen seine Leistungen den gesetzten Hoffnungen. Die Spülflüssigkeit drang niemals in die Harnblase, eine Reizung der Harnröhrenschleimhaut wurde niemals beobachtet. Lubowski.

Dr. Kiss (Budapest): **Behandlung der Gonorrhoe des Mannes.** (Pester med.-chirurg. Presse 1899, No. 39.)

Auch K. ist der Ansicht, daß bei jeder Gonorrhoe die erste Aufgabe in der Eliminirung der Gonokokken besteht. Nur meint er, daß die mechanische Antisepsis in dieser Beziehung am wichtigsten sei, während der chemischen im gonokokkenreichen Stadium nur eine nebensächliche Rolle zukomme. Selbst zur Zeit, wo die chemischen Mittel von Nutzen sein können, soll nach K. nicht die gonokokkentötende, sondern die direct auf die Schleimhaut ausgeübte Wirkung diejenige sein, welche Heilung bewirkt. K. hat auf der Abteilung von Török die Wirkung der Waschungen mit sterilem Wasser geprüft und gefunden, daß nach den Waschungen in vielen Fällen die Gonokokken Stunden lang, manchmal bis zu einem Tage, aus dem Secret fehlten und daß auch das Secret abnahm. In der Privatpraxis gelang es K. in drei Fällen, mittelst Waschungen mit nicht gonokokkentötender Flüssigkeit (in zwei Fällen Kali hypermanganicum 1 : 5000 und einmal steriles Wasser) die Gonorrhoe abortiv zu heilen. K. betont aber, daß diese Heilung blos insofern eine „abortive" sei, als der Gonococcus sofort aus dem Secret verschwindet. Es ist aber nicht anzunehmen, daß der Gonococcus, der sehr rasch in die Tiefe wandert, mit einem Male endgiltig vernichtet würde. Daß dabei die Heilung eine sehr rasche ist, daß

innerhalb einiger Tage der Proceß sich in einem solchen Grade bessert, als sonst innerhalb einiger Wochen, das spricht in hohem Maße für die mächtige gonokokkentötende Fähigkeit der Schleimhaut selbst. Dieses Schutzmittel des Organismus ist unvergleichlich wirksamer, als jede beliebige Heilmethode. Aus diesem Grunde muß, falls das abortive Verfahren mißlungen ist, die Schonung der Schleimhaut als wichtigste Indication betrachtet werden. Es ist demnach jede, wenn auch noch so geringe Verschärfung der Entzündung unmotivirt.

Die Gonorrhoe kann nicht schematisch behandelt werden, wie dies Janet vorschreibt. Die Gonorrhoe heilt, wenn sie bereits Wochen lang gedauert hat, unter der Behandlung rascher, als wenn sie frisch in Behandlung gelangt (? Ref.) Die gesamte Heilungsdauer ist aber im letzteren Fall gewöhnlich doch kürzer, als im ersteren. Die Janet'sche Methode der Irrigation ist unvollkommen, und zwar aus dem Grunde, da man nicht voraus wissen kann, ob z. B., falls man blos die vordere Partie irrigiren will, die Irrigation sich thatsächlich auf diesen Teil beschränkt; andererseits gelingt die Irrigation der ganzen Urethra oft selbst bei Cocainisirung des vorderen Teiles schwer. In acuten Fällen kann jedes gewaltsame Vorgehen gefährlich werden; K. unterbricht die locale Behandlung des hinteren Teiles sofort, falls sich nach dem ersten Versuch eine längere Reaction zeigt. In älteren Fällen ist die Irrigation der ganzen Urethra gewöhnlich gut ausführbar, jedoch keineswegs wirksamer, als wenn die Spülung mittelst Gummikatheters geschieht. Die Neisser'schen prolongirten Injectionen hält K. für nützlich, jedoch nicht wegen des Protargols, mit welchem die Methode ihre Verbreitung gewann, sondern aus dem Grunde, weil bei dieser Methode die mechanische Antisepsis ein präcisere ist. Die Infectiosität des Processes kann nicht ausgeschlossen werden, so lange das Urethroskop pathologische Gewebsveränderungen zeigt; die Behandlung der letzteren ist also auch aus diesem Grunde indicirt. Gewebsveränderungen geringen Grades heilen auf Behandlung mit Argent. nitr. In allen Fällen jedoch heilt der Proceß rascher auf Dilatation, in erster Reihe auf Oberländer's Methode. Lubowski.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

1. Dr. Jaeggle: **Ein Fall von Alopecia areolaris syphilitica.** (Demonstr. im Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Pressburg. Der Militärarzt 1899, No. 17—18.)
2. Derselbe: **Ein Fall von galoppirender Syphilis.** (Ibidem.)

1. Die Alopecia areolaris syphilitica besteht in einer Ernährungsstörung der Kopfhaut. Es sieht aus, als wenn die Haare büschelweise ausgezupft

worden wären. Die Prognose ist nur in frischen Fällen eine günstige, bei längerer Dauer ist die Prognose ungünstig.

2. Bei der galoppirenden Syphilis, die heute wohl selten vorkommt, kommt es bekanntlich zu einem Ueberhasten der Erscheinungen; es treten ungewöhnlich früh Erscheinungen auf, die bei der Syphilis mit gewöhnlichem Verlauf erst in den tertiären Stadien vorkommen. Das secundäre Stadium wird rasch durchflogen, manchmal nur angedeutet, so daß ein solcher Patient in kaum 2—3 Monaten nach der Acquisition bereits tertiäre Erscheinungen aufweist. Diese Syphilisform tritt meistens bei Personen auf, die bereits an einer dyskrasischen Krankheit (Tuberculose, Scrophulose etc.) leiden, doch nimmt manchmal die Syphilis auch bei vollkommen gesunden und robusten Leuten diesen malignen Verlauf an, nach Finger bei Leuten, deren Vorfahren noch keine oder schon lange keine syphilitische Infection nachweisen. Hiernach müßte man sozusagen seinem Urgroßvater dankbar sein, wenn er Syphilis acquirirte.

In dem von J. vorgestellten Fall war der Initialaffect auch ein sehr ausgebreiteter. Der Penis war unförmig angeschwollen, rechts trat Drüsenvereiterung auf. In der siebenten Woche trat unter rasendem Kopfschmerz, hohem Fieber, Atembeschwerden eine Infiltration der Rachenschleimhaut auf, im weiteren Verlauf speckig belegte Geschwürsflächen und Glottisödem, so daß alle Vorbereitungen zur Vornahme der Tracheotomie getroffen werden mußten. Die eingeleitete Quecksilberkur blieb ohne jeden Erfolg. Nach acht Tagen trat ein pustulöses Syphilid am Stamme, besonders stark aber am Kopfe auf, zugleich traten Schmerzen am Steißbein auf mit Lähmungen des Nervus oculomotorius. Jodkalium in großen Dosen war von sehr gutem Erfolge begleitet, während Quecksilber den Verlauf gar nicht beeinflußte.

Lubowski.

Dr. Moskowits: **Zwei Fälle von schwerer Rachensyphilis.** (Demonstration im Verein der Spitalsärzte zu Budapest. (Ungar. med. Presse 1899, No. 28—29.)

1. Im harten Gaumen der 52jährigen Frau ein 3 cm langer und 1 cm breiter Defect. Der ganze weiche Gaumen fehlt, nur von den linken Gaumenbögen sieht man je eine kleine Falte. Der 2. Fall betrifft eine 22jährige Prostituirte; linkerseits an der hinteren Hälfte des Gaumens ein thalergroßer, scharfrandiger, mit schmutzig gelb-grünem Belag bedeckter Substanzverlust, der tief bis in den Rachen hinunter sich erstreckt, so daß dessen untere Grenze nur mittelst Spiegels zu sehen ist. Hochgradige Anämie und Schwäche. Die Ursache der schweren Veränderungen liegt im ersten Falle darin, daß die Frau nie antiluetisch behandelt wurde, während im zweiten Falle die Behandlung sehr mangelhaft durchgeführt wurde, insofern, als in $2^1/_2$ Jahren nur fünf Touren geschmiert wurden. Therapie: innerlich Jodkali, äußerlich Jodolinsufflation.

Lubowski.

Dr. Messarosch: **Beitrag zur Frage des gleichzeitigen Verlaufes von Lepra und Syphilis.** (Wratsch 1899, No. 33.)

Verf. gelangt auf Grund eines von ihm beobachteten Falles zu der Ansicht, daß Fälle von gleichzeitiger Erkrankung an Syphilis und Lepra nicht ausgeschlossen sind und daß man mit solcher Eventualität bei der Diagnose rechnen muß. Eine derartige Combination ist eine der ungünstigsten, da der Jodgebrauch zu einer Verschlimmerung des Lepraprocesses und Beschleunigung des letalen Ausganges führen kann, während die Lepra auf den Verlauf und die Behandlung der Syphilis scheinbar keinen Einfluß ausübt. Lubowski.

Prof. Petersen: **Ueber die Veränderung der Zähne bei Syphilitikern.** (Vortrag, gehalten auf dem 2. russ. odontolog. Congreß zu Petersburg, 13. Juli 1899. Wratsch 1899, No. 31.)

Vortr. resumirt seine Ausführungen in folgenden Schlußsätzen:

1. Die Veränderungen der Zähne, welche beim Menschen mit hereditärer Syphilis oder im Spätstadium der erworbenen Syphilis beobachtet werden, d. h. die sog. Hutchinson'sche Zähne, werden auch bei Menschen angetroffen, welche syphilitisch nicht erkrankt sind, und können in Folge dessen als characteristisches Zeichen nicht gelten.

2. Veränderungen der Zähne werden durch verschiedene chronische Infectionskrankheiten hervorgerufen, aber der Character und der Grad dieser Veränderungen bedürfen noch der weiteren Erforschung. Lubowski.

B. Sachs (New-York): **The General Diagnosis of Syphilis of the Brain and Spinal cord.** (The New York Medical Journal, 27. Mai 1899.)

Während früher die Diagnose auf specifische Erkrankung des Centralnervensystems nur allzu oft per exclusionem gestellt wurde, ist die exacte Kenntnis derselben in den letzten Jahren dank dem Studium tüchtiger Forscher ein gutes Stück vorwärts gekommen. Von 1000 Luetischen acquiriren 15—25 ein specifisches Leiden des Nervensystems, und wenn solches im Zunehmen begriffen zu sein scheint, so beruht das außer auf socialen Verhältnissen, den erschwerten Existenzbedingungen, welche das Nervensystem für diese Erkrankung in schwächender Weise beeinflussen, auch auf der besseren Erkenntnis der specifischen Varietäten der Gehirn- und Rückenmarkssyphilis. Gerade milde Formen der Lues und bisweilen, nicht immer, eine ungenügende Behandlung disponiren zu ihrem Auftreten. Sie ist nicht immer eine Späterscheinung der Syphilis; die Hirnsymptome erscheinen in 11 pCt. der Fälle in dem ersten halben Jahr, in 24,6 pCt. zwischen dem sechsten und zehnten Jahr nach dem Primäraffect. Die Syphilis des Gehirns und des Rückenmarks tritt auf entweder in Form von Gummata oder als Erkrankung der Blutgefäße. Die ersteren sitzen am häufigsten an der Convexität, der Basis und in den inneren Ganglien; Virchow hat zuerst auf

ihre kurze Lebensdauer und baldige degenerative Metamorphose hingewiesen. Meist treten die Gummata multipel auf und sind mit einer diffusen Infiltration der Meningen vergesellschaftet. Nicht nur die Capillaren, sondern auch die größeren Blutgefäße zeigen syphilitische Veränderungen, und zwar an der Intima; auch eine Periarteriitis kommt vor. Sie führen schließlich zum Verschluß des Gefäßes, wenn auch derselbe anfangs nicht ein dauernder zu sein braucht. Die Symptome der Syphilis des Centralnervensystems sind mannigfaltig, sie lassen nach und kehren wieder Parese, leichte Rigidität, partielle, selten complete Anästhesie, vorübergehende und unvollkommene Aphasie sind Symptome allgemeiner Art, die besonderen hängen von dem Sitz der Erkrankung ab. Characteristisch sind weniger die letzteren, als gerade die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, ihre Unvollständigkeit, die Neigung zu Remissionen und Rückfällen, wie auch zur Heilung. Apoplectische Anfälle im mittleren Lebensalter, andauernde Kopfschmerzen und epileptiforme Attaken, besonders aber die Ungleichheit, die ungleiche Reaction und die völlige Starre der Pupillen auf Lichteinfall und Accommodation, der Verlust der Kreisform der Pupillen ohne voraufgegangene Iritis sind pathognomonische Zeichen einer Lues cerebralis. Gehirn und Rückenmark können gleichzeitig afficirt sein. Die Rückenmarkssyphilis befällt meist zuerst die Meningen; Brust- und Lendenmark sind häufiger erkrankt als das Halsmark, die Seitenstränge häufiger als die Vorder- und Hinterstränge. Spastische Paralyse mit leichter Anästhesie und Rigidität und nur teilweiser Beteiligung der Sphincteren ist eine Form syphilitischer Rückenmarkserkrankung. Bei syphilitischer Pseudotabes ist oft ein Bein früher als das andere befallen, der Patellarreflex ist auf einer Seite noch vorhanden, während der andere schon erloschen ist, auch fehlen obige Zeichen cerebrospinaler Lues selten; besonderes Gewicht ist auf die absolute Pupillenstarre zu legen. Die Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes können erst genügend erkannt werden, wenn die Blutgefäße des Rückenmarks in den frühesten Stadien der hinteren Spinalsclerose einer sorgfältigen Untersuchung unterzogen worden sind, denn stets sind bei der Syphilis des Nervensystems die Blutgefäße zuerst erkrankt. Blanck (Potsdam).

Dr. Abramow (Moskau): **Gefässveränderungen bei Syphilis.** (Klinitscheski Journal. Wratsch 1899, No. 29.)

Verf. hat zwei zur Section gelangte Syphilisfälle auf Gefäßveränderungen untersucht und die stärksten Veränderungen in den Arterien der unteren Extremitäten und der inneren Organe gefunden. Er lieferte somit einen weiteren Beweis dafür, daß Syphilis der Gefäße nicht ausschließlich im Gehirn und Rückenmark vorkommt. Der erste Fall betrifft einen 19jährigen Bauernburschen, der unter Erscheinungen von Nephritis zu Grunde ging; hier war vor Allem die Affection der Intima sowohl der ganz großen wie auch der kleinsten Gefäße auffallend. Die stark gewucherte Intima verschloß mancherorts das Gefäßlumen vollkommen. Die Tunica adventitia war größtenteils normal, nur stellenweise zeigte sie Infiltrationen, die den

Eindruck von secundären Erscheinungen machten. In manchen Gefäßen war ein Teil der Gefäßwand zerstört, wobei die fibrinös degenerirte Intima mittelst eines breiten bindegewebigen Streifens in unmittelbarer Communication mit der gleichfalls fibrinös degenerirten Adventitia stand. In dem zweiten Fall, der einen 25jährigen, unter Erscheinungen von Nierencirrhose zu Grunde gegangenen Studenten betraf, fiel die Verschiedenartigkeit der mikroskopischen Bilder auf. So zeigten die Gefäße im Darm eine gesunde Intima und eine stark afficirte Adventitia, im Herzen und in den Nieren dagegen eine stark afficirte Intima und eine gesunde Adventitia. Diese Beobachtung weist darauf hin, daß die Intima und Adventitia unabhängig von einander erkranken können. Außerdem wurde auf einem Darmpräparat neben Affection der Adventitia kleinkörniger Zerfall der Muscularis beobachtet Bei Färbung der Präparate auf elastisches Gewebe fand man die elastische Haut der Adventitia größtenteils nicht zerstört; in alten Neubildungen fand sich dieselbe stark geschwollen und in zahlreiche Fasern gespalten. An den Rupturstellen der Gefäßwand war elastisches Gewebe überhaupt nicht vorhanden; etwas höher zeigte es sich wieder, und zwar in bedeutender Menge. Die Gefäßwand mußte also ihre Elasticität behalten. Dort, wo die Neubildung die Gefäßwand durchwächst, wird ein Teil derselben durch derbes Bindegewebe ersetzt und jede Spur von elastischen Fasern verwischt, was Bildung von Aneurysmen an dieser Stelle zur Folge hat. Lubowski.

Dr. Kuperwasser: **Reaction des Blutes auf Quecksilber bei Syphilitikern.** (Arch. des scienc. biolog., T. VI, No. 4. Refer. nach Deutsche Med.-Ztg. 1899, No. 65.)

Das lebende Blut gesunder Menschen reagirt auf den Quecksilbergebrauch durch eine Aenderung in der Constitution der Leukocyten; die Zahl der jungen wächst bedeutend an und die Zahl der alten nimmt beträchtlich ab.

Das Blut der Syphilitiker reagirt auf Quecksilbereinfuhr — unabhängig von der Periode der Krankheit, unabhängig davon, ob äußerliche Krankheitssymptome bestehen oder nicht, oder ob der Kranke schon vorher medicamentös behandelt wurde oder nicht — mit einer Verminderung der Zahl der jungen weißen Blutkörperchen und einer beträchtlichen Vermehrung der alten. Lubowski.

Dr. Bondarenko: **Ueber die Bedeutung der Schwefelbäder in der Syphilisbehandlung.** (Russki medicinski wjestnik 1899, No. 6.)

Nach den Erfahrungen des Verfassers vermögen schwefelhaltige Mineralwässer, in Form von Wannenbädern oder auch innerlich angewandt, bisweilen eine larvirte Syphilisform aufzudecken. Leichte Syphilisformen, welche durch Schwefelwannenbäder eben zum Vorschein gebracht worden sind, können bisweilen durch Schwefelwannenbäder allein, ohne Zuhilfenahme von Quecksilber, geheilt werden. Bei gemischter Behandlung ver-

mögen Schwefelwannenbäder die Behandlungsdauer abzukürzen. Außerdem besitzen die schwefelhaltigen Mineralwässer die Fähigkeit, aus dem mit Quecksilber gesättigten Organismus dasselbe zu entfernen und den Organismus auf diese Weise für eine weitere Quecksilberkur empfänglich zu machen. Ferner begünstigen die schwefelhaltigen Mineralwässer die Absorption syphilitischer Ablagerungen.

Bei innerlichem Gebrauch in Dosen von 300—750 g täglich steigern die schwefelhaltigen Mineralwässer den Appetit, den Stoffwechsel und die Assimilation des Nahrungsstickstoffes. Größere Dosen wirken in entgegengesetzter Richtung, die therapeutischen Dosen dürfen sich in Folge dessen nur in den Grenzen von 300,0—500,0 g bewegen. Lubowski.

Dr. Burkhart (Berlin): **Erfahrungen über die innerliche Anwendung des Jodipins bei Lues.** (Deutsche Med.-Ztg. 1899, 65.)

Seit Anfang d. J. hat Verf. in seiner Praxis Versuche mit dem von Merck unter dem Namen Jodipin in den Handel gebrachten neuen Jodpräparat angestellt, welches eine Additionsverbindung von Jod und Sesamöl darstellt. Die Dosis betrug zwei Theelöffel täglich, die Behandlungsdauer meistenteils 15 Tage. Subcutan hat Verf. das Jodipin nur in einem Falle angewandt, und zwar injicirte er drei Tage lang je 5 ccm unter die Rückenhaut. Jede Reizwirkung fehlte.

So weit aus seinen Versuchen Schlüsse zu ziehen sind, faßt Verf. dieselben dahin zusammen, daß das Jodipin auch bei innerer Anwendung ein sehr brauchbares Ersatzmittel anderer Jodoformverbindungen sei, namentlich wo es gilt, den Magen zu schonen oder Jodismus zu vermeiden. Bei einigen Pat. war der günstige Erfolg der Jodipinbehandlung gegenüber der Behandlung mit Jodkalien ein so auffälliger, daß weitere Versuche in jeder Hinsicht sehr aussichtsvoll erscheinen. Ein besonderer Vorteil des Jodipins liegt darin, daß es eine lange Nachwirkung besitzt, welche durch Urinuntersuchungen erwiesen ist. Lubowski.

Dr. Frolow: **Hydrargyrum bijodosalicylicum bei Syphilis.** (Wratsch 1899, No. 33.)

F. hat mehr als 300 Patienten mit dem bezeichneten Präparat behandelt, und zwar mit einer 10proc. Suspension von Hydrargyrum bijodosalicylicum in flüssiger Vaseline. Anfangs injicirte er nur 6—8 Teilstriche, dann volle Pravaz'sche Spritzen von 1 ccm Rauminhalt. Jeder Patient erhielt 7—8 Einstiche in die Glutäalgegend hinter dem großen Trochanter. Die Injectionen wurden entweder zweimal wöchentlich oder alle vier Tage gemacht.

Bezüglich der therapeutischen Wirkung des Hydrargyrum bijodosalicylicum gelangt F. auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, daß dasselbe mit Erfolg gegen Syphilis angewandt werden kann und daß es dabei einige Vorzüge gegenüber den übrigen unlöslichen Quecksilberverbindungen aufweist, besonders bei schwachen Kranken und im gummösen Krankheitsstadium. Lubowski.

Dr. Jermakoff: **Haemolum hydrargyro-jodatum gegen Syphilis.** (Wratsch 1899, No. 33.)

Verf. hat mit dem bezeichneten Präparat im Ganzen 40 Kranke behandelt; davon erhielten es 6 Patienten innerlich, 34 intramusculär in Dosen von 0,03—0,09. Bei innerlichem Gebrauch verursachte das Präparat Bauchschmerzen und Durchfälle, bei intramusculärer Anwendung fehlten jegliche Intoxicationserscheinungen. Die Wirkung des Haemolum hydrargyro-jodatum äußerte sich in Vermehrung der roten Blutkörperchen, Verringerung der weißen Blutkörperchen, sowie in Zunahme des Körpergewichts und Besserung des Allgemeinzustandes der Patienten. Lubowski.

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

William R. Cochrane (Knoxville, Tennessee): **A Case of chronic Inflammatory Induration of the Corpora Cavernosa.** (The New York Medical Journal, 29. April 1899.)

Ohne eruirbare Ursache besteht bei dem verheirateten Patienten, allmählich zunehmend, eine Aufwärtskrümmung des erigirten Penis; der Scheitelpunkt des Winkels liegt ein paar Centimeter hinter der Glans am Rücken des Penis. Man fühlt dort eine ovale, 1,5 cm lange, 1 cm breite, halbknorpelharte Verdickung, über der die Haut verschieblich ist; von hier zieht sich ein runder, weicher Strang zur Peniswurzel. Die Induration besteht aus einer Verdickung der Tunica albuginea mit Einschluß des Septums und vielleicht auch der Corpora cavernosa. Beschwerden macht die Affection nicht. (Eine Röntgendurchleuchtung hätte vielleicht über die Natur der indurirten Masse näheren Aufschluß gegeben; über die Behandlung ist nichts gesagt. Ref.) Blanck (Potsdam).

Edward Deanesly (London): **Remarks on the Treatment of Impermeable Stricture of the Urethra by Excision of the Strictured Segment and Suture of the Divided Ends.** (The British Medical Journal, 29. Juli 1899.)

In einem Fall von impermeabler Strictur der Urethra gelang es Deanesly durch Excision des verengten Teiles und Vernähung der Enden der normalen Harnröhre völlige Heilung herbeizuführen. Auf Grund dessen empfiehlt er dies bei uns des Oefteren geübte Verfahren und giebt ihm den Vorzug vor Methoden, die nur eine temporäre Heilung impermeabler Stricturen erzielen, wie der Urethrotomia externa und der Punctio vesicae suprapubica. Nur eine kleine Zahl von Verengerungen erfordern eine andere Behandlung, so multiple Stricturen, die mehr weniger von einander entfernt sind, und

einfache, bei denen die verengte Stelle mehr als zwei Zoll beträgt. Aber auch dann präparire man sich vor dem Einschneiden der Harnröhre erst den ganzen verengten Teil frei. Blanck (Potsdam).

Arthur Stern (Elizabeth, N. J.): **Complete Laceration of the Urethra. With the report of a Case.** (The New York Medical Journal, 13. Mai 1899.)

Völlige Zerreißungen der Harnröhre sind ein immerhin seltenes Ereignis. Eine frühzeitige Diagnose, die sich auf Anurie, Blutung aus der Harnröhre, Perinealschwellung, mehr oder weniger Shokanfall, der Unmöglichkeit des Katheterismus etc. gründet, ermöglicht allein einen glücklichen Ausgang durch rechtzeitige Vornahme der hier gebotenen Urethrotomia externa. Verf. führt einen solchen Fall an. Der 34jähr. Patient fiel beim Zeugaufhängen von einer Leiter auf einen Eisenzaun, und zwar so, daß ihm eine Eisenspitze in's Perineum drang. Statt Urin Blutung Ein weicher Nélatonkatheter läßt sich nicht einführen. Urethrotomia externa: 60 g blutigen Detritus in einer Höhle gleich unter der Fascia superficialis, das centrale Ende der Urethra wird mit Mühe gefunden, ein Dauerkatheter eingelegt, die Enden der Urethra werden nicht vernäht. Tamponade der Perinealwunde. Nach 20 Tagen wird der Kranke geheilt entlassen; die Urethra war für No. 24 (Charrière) leicht durchgängig. Blanck (Potsdam).

Dr. Watten (Lodz): **Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie.** (Centralblatt für Chirurgie 1899, No. 38.)

Ein 8jähriger Schuhmacherlehrling[2]) mit Hypospadia glandis, der an Enuresis nocturna litt, wurde von seinem Meister einer radicalen Kur unterworfen: es wurde ihm nämlich sein Penis vor dem Schlafengehen etwa in der Mitte der Pars pendula mit einem starken Faden unterbunden. Als am anderen Tage der Faden wegen der Schwellung des Gliedes sich nicht entfernen ließ, wurde er liegen gelassen, bis er später von selbst abfiel. Unterdessen bildete sich an der unteren Fläche des Penis, dicht hinter dem Faden, eine Oeffnung, durch welche der Harn tropfenweise abfloß. Bei der nach etwa zwei Monaten vom Verf. vorgenommenen Untersuchnng stellte sich nun heraus, daß der periphere Teil der Harnröhre centralwärts vollständig blind endete; an der Stelle, wo der Faden lag, hatte sich um das Glied herum eine breite, knorpelharte Verdickung mit tiefer Rinne in der Mitte gebildet. Die ganze mittlere Partie des Penis war überall narbig entartet. Die Oeffnung an der unteren Fläche des Penis war stecknadelkopfgroß; sie führte in einen feinen, gewundenen Fistelgang. Bei der nachher unternommenen Operation wurde ein etwa $1^1/_2$ cm langes Stück der Urethra resecirt, so daß der übrig gebliebene, zwischen Orif. ext. und Nahtlinie gelegene Teil derselben nur etwas über 1 cm betrug.

In diesem Falle, in dem von der v. Hacker-Bardenheuer'schen

---

[2]) In Rußland, wo es keinen Schulzwang giebt, sind 8-, selbst 7jährige „Handwerksburschen" leider eine alltägliche Erscheinung. Anm. d. Ref.

Methode der Hypospadiebehandlung schon a priori abgesehen werden mußte, und in dem die Thiersch'sche vollständig mißglückte, wandte Verf. folgende Operation an, welche im Ganzen ein befriedigendes Resultat ergab.

Die Operation beginnt, wie bei der v. Hacker-Bardenheuer'schen Methode, mit einem Hautschnitt, welcher vom Orificium ext. urethrae längs derselben möglichst weit centralwärts geführt wird, und mit zwei seitlichen Schnitten, welche die Penishaut von der Eichel trennen. Dann folgt Abpräparirung der Haut von der Urethra, sowie beiderseits von der unteren Penisfläche nach der Peniswurzel zu. Der zweite Act besteht in Bildung eines Schleimhautlappens aus der unteren Partie der Eichelsubstanz, welcher, an der Spitze der Eichel beginnend, parallel ihrer unteren Fläche mit einem scharfen Messer nach der Basis zu abgelöst wird. Der Lappen muß möglichst breit und 1—2 mm dick sein. An der Basis der Eichel angelangt, dringt man weiter in die Tiefe und trennt die Harnröhre samt ihrem Corpus cavernosum von der unteren Fläche des Penis im ganzen Bereiche des Hautschnittes ab. Somit bildet man einen Eichelsubstanz-Schleimhautlappen, dessen Stiel die Harnröhre mit ihrem Corpus cavernosum darstellt. Dieser Lappen dient zur Schleimhautauskleidung des neu zu bildenden Theils der Harnröhre. Jetzt vertieft man die Eichelwunde in der Mitte mit einem entsprechend tiefen Längsschnitt; die dadurch gebildete Rinne dient zur Aufnahme des Schleimhautlappens, welcher derselben angelegt und an der Eichelkuppe mit 2—3 Nähten befestigt wird. Dann wird ein dünner Nélatonkatheter eingeführt. Hierauf folgt die Anlegung der Knopfnähte und Schließung der Wunde. Dabei ist darauf zu achten, daß das distale Ende der ursprünglichen Urethra in den Bereich der Eichelsubstanz zu liegen kommt, was ja durch frühere Mobilisation der Harnröhre ermöglicht ist. Es ist wohl am besten, die Lage entweder dadurch zu sichern, daß man in die letzte Naht der Eichelsubstanz und in die darauffolgenden Hautnähte auch das Corpus cavernosum urethrae mitfaßt, oder aber, daß man nach dem Vorgang Bardenheuer's die Urethra für sich mit 2—4 Catgutnähten fixirt. Lubowski.

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Ramon Guitéras: **The Technique of the Bottini Operation.** (The New York Medical Journal, 29. April 1899.)

In der mit erläuternden Zeichnungen versehenen Abhandlung giebt Verf. eine Beschreibung der Technik der Bottini'schen Operation. Zum Schluß faßt er seine Ausführungen noch einmal kurz zusammen, und wir geben im Folgenden die wörtliche Uebersetzung des Resumé: „Die zur Operation erforderlichen Instrumente und Apparate sind: ein Weichgummi-Katheter (abgebogen), eine große Hartgummi-Handspritze und eine kleine Urethral-Handspritze, ein Scalpell, ein Bottini'scher Incisor, ein Irrigator

und zwei Schläuche (einer zur Verbindung von Irrigator und Instrument, einer zur Ableitung von letzterem zum Gefäß auf der Erde); eine galvanocaustische Batterie oder ein Umschalter mit tragbarem Ampèremeter, Glycerin, 4proc. Eucainlösung, gesättigte Borlösung und ein Cylinder mit Lachgas. Gang der Operation: Der Patient wird in Rückenlage auf den Tisch gelegt, nachdem durch Einlauf der Darminhalt entfernt worden ist. Der Irrigator hängt zur Linken des Patienten an der Wand, er ist mit dem Incisor verbunden. Die Batterie steht auf einem Stuhl zur Linken des Patienten in erreichbarer Nähe des Operateurs. Mit einem glycerinbefetteten Katheter wird die Blase durch Handspritze bis zur völligen Klarheit des Spülwassers ausgespült. In Blasenhals und Urethra wird mit Harnröhrenspritze eine 4proc. Eucainlösung injicirt. 180 g Borsäurelösung läßt man in die Blase einlaufen. Einführung des Incisors in die Blase; läßt er sich schwer einführen, so legt man ein Kissen unter das Kreuz; ist auch so die Einführung nicht möglich, so narcotisire man (am besten mit Lachgas). Verbinde den Incisor in der Blase durch das Kabel mit der Batterie. Richte den Incisor mit Schnabel abwärts. Führe den linken Zeigefinger in's Rectum und krümme ihn über der Basis der Prostata. Ziehe den Incisor vorwärts, bis seine Spitze am Finger im Rectum fühlbar ist. Ziehe den Finger zurück und halte mit derselben Hand den Handgriff des Instrumentes. Ueberzeuge Dich, daß die Contactschraube festgedreht ist und daß das Wasser durch den Kühlapparat läuft. Tauche die beiden Zellen ein und drehe den Strom auf 40—45 Ampères. Drehe das Rad, bis das Messer vorwärts und rückwärts die Prostata durchschnitten hat. Wende das Instrument im rechten Winkel und schneide durch den größeren Seitenlappen, dann wieder im rechten Winkel durch den oberen oder vorderen Teil. Bringe den Patienten zu Bett. Bei folgender Retention führe auf 1—2 Tage einen Dauerkatheter ein. Nachbehandlung: Harnantiseptica, Diluentien und Antispasmodica.“ Nach den Erfahrungen des Verfassers setzt die Operation den Kranken der geringsten Gefahr aus, bringt gewöhnlich Heilung und verringert die Menge des Residualharns. Blanck (Potsdam).

Dr. Tolski (Moskau): **Mikrochemische Untersuchung der Samenflecke zu gerichtlich-medicinischen Zwecken. Florence'sche Reaction.** (Medicinskoe Obosrenie, Aug. 1899.)

Auf Grund seiner zahlreichen exacten Untersuchungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Florence'sche Reaction ist eine äußerst empfindliche chemische Probe auf Cholin und Neurin.

2. Die rhomboiden Scheibchen, welche bei dieser Reaction entstehen, zeichnen sich durch ihre Winkel von 63° und 117° aus und haben mit den amorphen Jodniederschlägen nichts Gemeinsames.

3. Das Cholin scheint in lebenden activen Geweben vorhanden zu sein, aber in so geringen Quantitäten, daß es durch die Florence'sche Reaction ohne präventive Bearbeitung der Organe nicht entdeckt werden kann.

4. Das Sperma von Ochsen giebt, da es gleichfalls Cholin enthält, die Florence'sche Reaction.

5. Das Sperma des Menschen zeichnet sich durch relativ reichen Gehalt an Cholin aus und ist in Folge dessen der Florence'schen Reaction gegenüber sehr empfindlich und constant.

6. Als präventive Probe ist die Reaction bei gerichtlich-medicinischer Untersuchung von Samenflecken durchaus anwendbar und vermag in manchen Fällen selbst beim Fehlen von Formelementen, z. B. bei Azoospermie mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit über das Vorhandensein von menschlichem Sperma in verdächtigen Flecken zu entscheiden. Eine absolute Entscheidung ist allerdings nur dann möglich, wenn unter dem Mikroskop Spermaelemente gefunden werden.

7. Stark verunreinigte Flecke müssen, falls die präventive Prüfung nach Florence negativ ausfälllt, unter allen Umständen mikroskopisch untersucht werden, da das Mikroskop Spermaelemente bisweilen auch in den Flecken ergeben kann, bei denen die Florence'sche Reaction keine positiven Resultate mehr giebt. Lubowski.

Dr. Kornfeld: **Zurücktreten der Hoden in die Bauchhöhle durch Verletzung.** (Memorabilien 1899, Bd. 42, No. 6.)

Ein 20jähriger Arbeiter wurde bei wiederholter Untersuchung als dienstfähig erklärt, insbesondere weil kein Cryptorchismus gefunden wurde. Als er drei Monate später eingezogen wurde, fand sich der rechte Hode im Leistencanal, und er mußte, da sich beim Reiten örtliche Schmerzen einstellten, entlassen werden. Er gab an, daß er nach einem Falle auf den Damm und Scrotum selbst gefühlt hätte, daß der rechte Hode nicht mehr im Hodensack sich befand, und daß er damals in Folge örtlicher Schmerzen mehrere Tage zu Bett gelegen, aber wegen der Kosten keinen Arzt befragt hätte. Die Reposition gelang nicht und operatives Eingreifen wurde verweigert. Der Verdacht, daß die Schmerzen simulirt waren, erwies sich u. A. dadurch als irrig, daß hier das Mannkopf'sche Zeichen: „Sofortige hochgradige Beschleunigung des Pulses bei Druck und abgelenkter Aufmerksamkeit", in ganz ausgezeichneter Weise ausgesprochen war. Lohnstein.

H. Betham Robinson (London): **A Clinical Lecture on Misplaced Testes and their Surgical Treatment.** (The British Medical Journal, 10. Juni 1899.)

Zum Verständnis der Lageanomalien des Hodens ist die Kenntnis der Entwicklung des Descensus testiculi notwendig. Wohl zu unterscheiden ist zwischen der Ectopia und der Retentio testis. Bei der ersteren liegt der Hode an einer anomalen Stelle, und zwar giebt es eine Ectopia perinealis, cruralis, pubo-penilis und abdominalis. Bei der E. perinealis, der gewöhnlichsten Form, lagert der Hode in der Furche zwischen Scrotum und Schenkel; vier derartige Fälle wurden vom Verf. beobachtet, zwei mit Erfolg operirt. Die crurale Form wird oft mit der gleichnamigen Hernie ver-

wechselt, der Hode liegt oberhalb der Fossa ovalis Man findet den Hoden neben der Peniswurzel bei der sehr seltenen E. pubo-penilis. Wenig bekannt ist die E. abdominalis; daß es eine solche giebt, beweist Verf. durch Anführung zweier Fälle, wo der Hode vom äußeren Leistenring ab nach oben und außen verlagert war; der eine wurde mit Erfolg operirt. Die Retentio testis ist bedingt durch eine Unterbrechung des normalen Descensus testis. Die abdomino-lumbale Form ist selten und oft schwer zu erkennen; der Hode liegt nahe seinem Ursitz. Bei der R. iliaca liegt der Hode auf dem Psoas in der Nähe des inneren Leistenringes. In dem Leistencanal finden wir den Hoden bei der inguinalen Form, bei der cruro-scrotalen Retention dicht außerhalb des äußeren Leistenringes. Die Behandlung der Affection ist bekannt. Blanck (Potsdam).

Prof. Zabludowski (Berlin): **Zur Therapie der Impotentia virilis.** (Vortrag, gehalten in der Section für innere Medicin der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München.)

Der als Vertreter der Massagetherapie bekannte Vortragende hat im Laufe der Jahre ein Verfahren zur Behandlung der Impotentia virilis ausgearbeitet, dessen Technik und physiologische Grundlage er nun auseinandersetzt, indem er zuvor auch auf die Aetiologie des bezeichneten Leidens eingeht. Das Verfahren besteht hauptsächlich in der systematischen Massage bestimmter Partien der Genitalgegend und darauffolgender Ausdehnung der Manipulationen auf bald größere, bald kleinere Partien des ganzen Körpers und bezweckt einerseits die Vorgänge im Genitalapparat, besonders diejenigen vasomotorischer Natur, umzustimmen, dann die allgemeine Ernährung und den Stoffwechsel zu fördern und schließlich das Selbstvertrauen des Patienten zu heben.

Die Technik ist folgende: Jeder Hode wird in Rückenlage des Pat. gefaßt und mit den Fingern beider Hände bis zur Hälfte seiner Peripherie durchknetet. Die Hoden dürfen nie von zwei entgegengesetzten Punkten angefaßt werden. Bei Beobachtung dieser Regel kann ein recht starker Druck ausgeübt werden, ohne daß eine schmerzhafte Empfindung hervorgerufen wird. Nach den Hoden wendet man sich sowohl dem Damme wie auch der Leistengegend zu. Der Bulbus urethrae wird mittelst der Finger intermittirenden Drückungen und Erschütterungen ausgesetzt, und zwar sowohl in Seiten- wie auch in Bauchlage des Patienten. In letzterer Lage werden auch Analerschütterungen ausgeführt. Diese bilden in vielen Fällen einen integrirenden Teil der Bauchmassage, welche immer auf die Behandlung der Genitalorgane und deren nächster Nachbarschaft zu folgen hat. Es folgen dann Klopfungen mit der geballten Faust längs der Lumbal- und Sacralgegend, auch Drückungen und Erschütterungen der Nn. occipitales, cervicales und intercostales. Das ganze Rückgrat wird gleichsam zwischen den Händen eingeschlossen, indem gleichzeitig mit der einen Hand die Kreuzgegend erschüttert wird und mit der anderen Vibrationen am Nacken ausgeführt werden. Bei den Manipulationen hält man sich da am meisten

auf, wo Schmerzpunkte vorhanden sind oder wo der Hauptsitz der Erkrankung vorausgesetzt wird. So werden Manipulationen vom Rectum aus nur dann angewandt, wenn locale Veränderungen um die Pars prostatica urethrae herum oder Störungen der Blasenfunction vorhanden sind. Der rechte Zeigefinger wird in Rückenlage des Patienten und gebeugtem linken Knie desselben nicht unterhalb, sondern oberhalb des gestreckten rechten Oberschenkels in den Anus eingeführt. Der Oberschenkel kommt gleichsam unter der Achselhöhle des Arztes zu liegen. Der Arzt befindet sich zur rechten Seite des Patienten. Sein Ellbogen ist auf dessen Unterlage gestützt. Mit der Volarfläche des Nagelgliedes des rechten Zeigefingers werden in regelmäßigem Tempo von unten nach oben Drückungen auf die Prostata ausgeübt. Seitliche Reibungen an der inneren Fläche des Rectums sind als stark reizend zu vermeiden. Die linke Hand wird am Unterleib oberhalb der Symphyse aufgelegt und die Blase in Vibrations- und Schleuderbewegungen versetzt.

Auf diese eigentlichen Massagemanipulationen folgen Widerstandsbewegungen an den unteren Extremitäten, den Rücken- und Bauchmuskeln. Durch verschiedene Combinationen der passiven Manipulationen und der Widerstandsbewegungen bleibt die Wirksamkeit ungeschwächt auch in denjenigen Fällen, wo sonst Gewöhnung ein Sinken derselben hervorgerufen hätte.

Bei allen Manipulationen am Genitalapparat bleibt dennoch der Penis ein „noli me tangere". Dasselbe gilt von den Nates. Die Massage soll kein Aphrodisiacum sein, und ihre Wirkung auf die Geschlechtssphäre ist vornehmlich auf die Behebung der der Erkrankung zu Grunde liegenden Nervenschwäche bezw. auf die Besserung des Allgemeinbefindens gerichtet. Die Manipulationen werden derart geführt, daß während der Dauer der Massagesitzung Erectionen überhaupt nicht zu Stande kommen können. Das feste Zugreifen bei den Knetungen, die Klopfungen lassen alles Andere eher als ein Wollustgefühl aufkommen. Auch die Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit des Patienten durch die häufigen und wechselnden Commandos bezüglich der Widerstandsbewegungen wirken hemmend auf das Zustandekommen einer Erection in Folge von Fernwirkung peripherer Reize, wie es bei Flagellationen vorkommt.

Bei der geschilderten Behandlung der Impotenz ist es in den meisten Fällen geboten, für die ganze Behandlungsdauer, welche auf 6—8 Wochen bemessen wird, Abstinenz von Cohabitationsversuchen zu verordnen. Genügende Ablenkung wird dem Patienten erstens schon durch die energische Kur, dann durch allgemeine, nicht zu anstrengende körperliche Uebungen, wie Spazierengehen, Radfahren, Schwimmen, Reiten, namentlich aber durch irgend eine noch ungewohnte körperliche Uebung geboten. Bei hochgradiger Nervosität, verbunden mit starker Abmagerung, wird jedoch Bettruhe verordnet. In schwereren Fällen ist eine Umgebungsveränderung notwendig. Bei ortsfremden Patienten kommt man ohne besondere Diät aus. Das Leben in einer gut geleiteten Pension bedingt ein genügendes Herauskommen aus

der gewohnten Umgebung. Bei ortsangehörigen Patienten sieht man sich manchmal genötigt, auch eine bestimmte Diät anzuordnen, nicht zum mindesten, um dem Patienten selber oder, bei jugendlichen Individuen, deren Angehörigen gegenüber die Notwendigkeit der Uebersiedelung nach einem Sanatorium und damit die notwendigen Umgebungsveränderungen zu bewirken. Mit Begießungen des Körpers an jedem Morgen mit Wasser von Zimmertemperatur wird man den Anforderungen der Hautpflege gerecht.

Als gutes Hilfsmittel nach erfolgter Entlassung aus der Kur erweist sich in Fällen von schwacher Erection die Einfettung mit wenig klebrigen Salben (Coldcream, Virginia vaselina alba), in Fällen aber von Ejaculatio praematura bei genügender Erection der Gebrauch einer mehr klebrigen Salbe (Unguentum Paraffini der Pharmacopoe, Lanolin). Der Gebrauch von diesen Salben hat auch in manchen Fällen die Benutzung der von anderer Seite empfohlenen Introductoren und dergleichen überflüssig gemacht.

Soweit die allgemeine Massagebehandlung. Daneben kommen je nach der der Impotenz zu Grunde liegenden Ursache noch verschiedene specielle Indicationen in Betracht. Den an Pollutionen leidenden Patienten wird verordnnt, ihre Schlafstätte zu verändern, statt in einer Bettstelle auf einem Sopha zu schlafen und unter die Füße ein Keilkissen zu legen. Außerdem sind solche Patienten anzuhalten, am Abend nicht die gewohnten Getränke zu nehmen und die Zeit der Abendmahlzeit zu ändern. Bei an Spermatorrhoe und an Prostatorrhoe leidenden Patienten ist neben der Prostatamassage besonderes Gewicht auf die Bauchmassage zu legen und ersteren namentlich der Coitus interruptus zu verbieten, durch den die Spermatorrhoe meistenteils herbeigeführt wird. In den Fällen, wo die Erkrankung durch schwere allgemeine Störungen bedingt ist: Schwächezustände nach starken Gemütsaffecten oder erschöpfenden Krankheiten, kommt hauptsächlich die den Stoffwechsel fördernde Wirkung der allgemeinen Massage zur Geltung, wie auch die specielle Wirkung der Rückenklopfungen auf das Herz. Man kann nicht selten eine Verkleinerung der mit Gemütsdepressionen einhergehenden Herzerweiterung erzielen. Diese Massage wirkt auch compensatorisch für ein strenges Diätregime in Fällen von Diabetes und Obesitas. Bei Heiratscandidaten, welche wegen früherer Erfahrungen hinsichtlich ihrer Impotenz sich nicht trauen, die Ehe anzutreten, sowie bei seit längerer Zeit verheirateten Männern, deren Gattinnen noch nicht deflorirt sind oder an Vaginismus in Folge fruchtloser Coitusversuche leiden, ist es wichtig, den Patienten von vornherein eine gute Prognose zu stellen, um Selbstvertrauen bei ihnen zu erwecken. In Fällen von relativer Impotenz, d. h. von Ausbleiben der Erection wegen der Gewöhnung an eine bestimmte Person, entstehen durch Lageveränderungen bei der Cohabition neue Coordinationen und Associationen, wodurch sich auch neue Vorstellungen bilden und Impulse in unversehrte Bahnen geleitet werden. In den mit Störungen der Harnsecretion einhergehenden Fällen wird der Behandlung sowohl der Prostata und des Perineums, als auch der Harnblase besondere Sorgfalt gewidmet. Auch hier wird die Behandlung durch Ab-

änderung der nächtlichen Ruhestätte unterstützt: Unterlage von ungewohnten Stoffen, wie Gummistoffe, Linoleum, Leder.

Was die von Z. dargebrachte physiologische Begründung seines Verfahrens betrifft, so basirt sie auf denselben Principien, wie die eines jeden Massageverfahrens. Die verschiedenen mechanischen Manipulationen, welche im Bereich des Genitalapparates ausgeübt werden, wirken kräftigend auf die Muskel- und Nervenapparate dieser Gegend, was wieder die regelmäßige Coordinations- und Associationsfähigkeit des Genitalsystems fördert. Je nach der Beschaffenheit der Gewebe und je nach der Energie der Handhabungen bekommt man eine Herabsetzung oder eine Steigerung der Empfindlichkeit, und durch diese ausgleichende Wirkung werden günstige Resultate sowohl bei den paralytischen, als auch bei den spastischen Formen der functionellen Störungen des Genitalapparates erzielt. Der erhöhte Stoffwechsel bewirkt seinerseits, daß manche langdauernden catarrhalischen Zustände in den tiefen Partien der Urethra und Adnexe (Urethritis posterior, Colliculitis, Prostatitis) zur Ausheilung kommen, und zwar selbst in solchen Fällen, wo mit anderen therapeutischen Maßnahmen nichts erreicht wurde.

Nicht in geringem Maße sind es psychische Einflüsse, welche bei der Behandlung zur Geltung kommen, und zwar dadurch, daß alle Partien, an welchen diese Patienten gewöhnlich abnorme Empfindungen haben oder welche durch die landläufigen Ansichten dem Patienten als die bei den Functionen des Genitalapparates besonders beteiligten bekannt sind, einer sorgfältig durchgeführten methodischen Behandlung unterzogen werden. Das Vertrauen des Patienten zu seiner Leistungsfähigkeit wird gehoben durch die eigene Wahrnehmung, daß der Tonus der Hoden und des Penis zunimmt, die Haut des Scrotums nicht mehr so schlaff herunterhängt, die Musculatur der Oberschenkel fester und kräftiger geworden ist. Die Vorstellung des Hypochonders, daß seine Genitalien besonders klein geworden sind, weicht nun leicht der durch die häufige Hyperämisirung bedingten Empfindung des Vollwerdens.

Schließlich kommt noch als wichtiger Factor die durch die allgemeine und specielle Behandlung bedingte Ablenkung der Aufmerksamkeit in Betracht, und zwar in dem Sinne, daß dem Patienten dadurch die Entwöhnung von angewöhnten schädigenden Reizen (Onanie, Abusus und Perversitäten in venere) ermöglicht resp. erleichtert wird. Casper.

VII. Blase.

L. C. Carr (Santiago, Cuba): **A Case of right lateral Displacement of the Bladder with Faecal Impaction.** (The New York Medical Journal, 3. Juni 1899.)

Ein Arzt der amerikanischen Occupationsarmee erkrankte an Hüftschmerzen, Harndrang, hartnäckiger Obstipation und einer Anschwellung

in der rechten Fossa iliaca Mit dem Wachsen des Tumors stellte sich Harnträufeln, Fieber und zunehmender Verfall ein. Man glaubte, daß der Zustand mit der Fäcalstase zusammenhänge und wollte schon, da alle Mittel fruchtlos waren, zur Laparotomie schreiten, als der Katheterismus die Natur des Tumors, es war die überdehnte Blase, aufklärte. Es ließ sich nicht entscheiden, ob die abnorme Verlagerung der Blase congenital oder die Folge eines krankhaften Zustandes der Blase war. Blanck (Potsdam).

W. Bruce Clarke (London): **Remarks on Encysted Vesical Calculi, with an Account of twenty-seven Cases.** (The British Medical Journal, 13. Mai 1899.)

Clarke berichtet über 27 Fälle encystirter Blasensteine. Meist handelte es sich um Männer über 60 Jahre mit Prostatahypertrophie, nur einige litten an Strictur der Harnröhre. Die Diagnose wurde einige Male erst nach dem Tode des Kranken gestellt. Die Symptome zeigten nichts Characteristisches, meist herrschte das Bild der Cystitis vor. Wenn eine Cystitis bei Prostatahypertrophie auf die gewöhnlichen Mittel hin nicht besser wird, so soll man an encystirte Steine denken und die Cystotomia suprapubica ausführen. In 15 Fällen wurde die Cystotomia suprapubica ausgeführt, 4 starben, 11 wurden geheilt. Blanck (Potsdam).

1. E. Martin: **A propos d'un calcul de cystine dans la vessie chez un enfant; examen radiographique; taille suspubienne.** (Revue méd. de la Suisse Romande 1899, No. 5.)
2. A. Brun: **Étude d'un calcul de cystine.** (Ibidem. Referirt nach Centralbl. für Chirurgie 1899, No. 38.)

Cystinsteine sind bei Erwachsenen selten, noch mehr bei Kindern; sie sind von gelbgrünlicher Farbe, relativ leicht, glatt an der Oberfläche, auf dem Durchschnitt von seifigem Gefühl. Als Entstehungsursache nehmen die Einen Ernährungsstörungen, die Anderen (Baumann) Ptomaine im Urin, besonders Cadaverin, Putrescin und andere specifische Bacterienproducte an. Die Therapie ist der Blasenschnitt. — Der Fall Martin's (1) betrifft ein $3^1/_2$jähriges Kind, bei dem das Vorhandensein eines Steines mittelst Metallkatheters, sowie photographischer Aufnahme mit Röntgenstrahlen constatirt wurde. Blasenschnitt. Heilung.

Den extrahirten Blasenstein hat Brun (2) auf seine physikalischen und chemischen Eigenschaften untersucht. Das specifische Gewicht des Steines entfernt sich wenig von dem des reinen Cystins — 1,72 : 1,58. Erhitzt schwärzt sich die Masse, nimmt einen specifischen Geruch an, doch nicht nach schwefeliger Säure. Die 2—3 mm dicke, periphere Schicht des Steines besteht vorwiegend aus phosphorsaurem Ammoniak, Magnesia und neutralem, phosphorsaurem Kalk Der sich im späten Stadium bildende, stinkende und ammoniakale Harn bildet diese Phosphate. Die mittlere Schicht läßt deutlich ihre optischen Eigenschaften bestimmen, die Krystalle sind hexagonal. Durch

Lösung in Ammoniak wird das Cystin vom Phosphor getrennt. Die hexagonale Form des Cystins, seine Löslichkeit in Säure und Alkali genügen zur Diagnose. Der verhältnismäßig hohe Gehalt des Cystins an Schwefel ist für den Eiweißzerfall bemerkenswert. Dieser Körper ist evident das Resultat einer incompleten Oxydation — ungenügend zerstörtes Eiweiß.

Lubowski.

Murray Mac Caren (St. John, New-Brunswick): **Extraction of Ligatures from the Bladder.** (The British Medical Journal, 29. Juli 1899.)

Bei der 24jähr. Patientin hatte Verf. eine Pyosalpinx operirt; $1^3/_4$ Jahre später machten sich Symptome einer Cystitis geltend, ohne daß anfänglich außer einer Gefäßinjection cystoskopisch ein pathologischer Befund erhoben werden konnte. Bald darauf wurde ein inkrustirter Seidenfaden spontan per urethram entleert. Es konnte nun die Austrittstelle später in die Blase durchtretender Seidenfäden cystoskopisch nachgewiesen werden; die Austrittstelle zeigte deutliche Schwellung ihrer Umgebung; dieselbe hinterließ, nachdem sich durch sie mehrere Fäden abgestoßen hatten, eine vertiefte Stelle mit einem prominirenden Granulationscentrum, von dem aus sich die letzten Ligaturen in die Blase vordrängten. Die Fäden wurden zum Teil mit der Tuerck'schen Larynxzange entfernt Mit dem Ausstoßen des letzten Fadens, $2^1/_2$ Jahre nach der betreffenden Operation, schwand auch die Cystitis.

Blanck (Potsdam).

Herbert T. Herring: **An effective Treatment of Vesical Haemorrhage when caused by Papillomatous growths.** (British Medical Journal, 29. Juli 1899.)

Henry Thompson fand, daß viele Blasentumoren und besonders das Hauptsymptom derselben, die Blutung, durch andauernde Spülungen mit Höllensteinlösung günstig beeinflußt wurden; vor Allem eigneten sich die papillomatösen, frühzeitig erkannten Geschwülste der Blase, welche noch nicht durch eine Cystitis complicirt waren, für dieses einfache, eine Operation ersparende Verfahren. Verf. hat diese Behandlung in geeigneten Fällen weiter erprobt und empfiehlt sie, da sie meist das Wachsen der Geschwulst verhindert. Der Patient macht sich die Spülungen selbst mit einem Katheter; zu jeder Spülung werden 120 ccm einer Lösung von 1 : 4000 (bis 1 : 1000) verbraucht, die in zwei Portionen am besten Abends eingelassen werden. In 5—6 Wochen wird allmählich auf die starke Lösung gestiegen, die Behandlung 4—6 Monate fortgesetzt. Dann werden die Spülungen für weitere sechs Monate jeden zweiten Tag, von da ab jeden dritten Tag vorgenommen. Selbstverständlich muß die Diagnose durch mikroskopische Untersuchungen von Geschwulstpartikeln erhärtet sein. Zwölf Krankengeschichten sprechen für den Wert der Methode.

Blanck (Potsdam).

Crick: **Oedematöses Fibrom der Blase.** (Centralbl. f. Harn- und Sexualorg. 1899, No. 8.)

Ein fünfjähriger, sehr cachectischer Knabe litt seit langer Zeit an Harnverhaltung und mußte dieserhalb öfter katheterisirt werden. Eitriger Urin. Cystoskopie unmöglich, Rectaluntersuchung negativ. Es wird lediglich ein orangegroßer, scharf begrenzter Tumor von ovaler Gestalt constatirt. Sectio alta in Trendelenburg'scher Lage. Nach Eröffnung der Blase quillt Blut und Eiter hervor. Auch nach der Entleerung klaffen die Blasenwandungen. In der Blase wird nunmehr ein mandarinegroßer Tumor constatirt, welcher aus einer Anzahl rundlicher, eng aneinanderliegender Lappen besteht, von weicher Consistenz ist, stielförmig am Blasenfundus in der Nähe des Blasenhalses sitzt und einen zapfenartigen Fortsatz durch die innere Urethralöffnung in den hinteren Harnröhrenabschnitt hineinschickt. Entfernung des Tumors, Drainage der Blasenbauchwunde, Verweilkatheter. Nach fünf Tagen Exitus. Mikroskopische Diagnose: Oedematöses Fibrom. In der Litteratur sind bisher nur 3—4 derartige Fälle bekannt.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

VIII. Ureter, Niere etc.

Dr. Lorenzo Suarez (Buenos Aires): **Einige Bemerkungen über den Ureterkatheterismus.** (Anales del Circulo Médico Argentino 1899, No. 2.)

Verf. will besonders die Wichtigkeit, die die einfache Cystoskopie und der Ureterkatheterismus für die Diagnose und die chirurgischen Indicationen bei der Erkrankung der Harnwege hat, hervorheben. Er begründet seine diesbezüglichen Ansichten mit sechs klinischen Fällen, in welchen er, dank diesem Verfahren, die genaue Diagnose und die richtigen chirurgischen Indicationen feststellen konnte.

Der erste Fall war ein gut genährter Mann von 34 Jahren, der blutigen Urin hatte. Die klinische Diagnose lautete: Tuberculose der rechten Niere (hämaturische Form von Tuffier). Die cystoskopische Untersuchung hat zwar gezeigt, daß das Blut von dem rechten Ureter, aber auch, daß von dem linken Ureter Eiter kam.

Da der allgemeine Zustand des Kranken sehr gut war und man klinisch an eine Beteiligung der linken Nieren nicht denken konnte, so hätte man wohl diesen Fall sicher mit schlechtem Erfolg operirt, wenn die cystoskopische Untersuchung nicht die Erkrankung beider Nieren gezeigt hätte.

Der zweite Fall ist eine Frau von 32 Jahren. Der Urin der linken Nieren war trübe, purulent, mit vielen Mikroorganismen, granulirten Cylindern, Beckenzellen und verminderten Salzen. Urin der rechten Nieren durch-

sichtig, kein Mikroorganismus, vermehrte Salze. In diesem Fall hat der Katheterismus die Pyonephrosis der linken Nieren und die Intactheit und compensatorische, vermehrte Function der rechten Nieren (vermehrte Salze) gezeigt.

Die linken Nieren waren noch nicht ganz zerstört (9 g Harnstoff im Urin), und dieser Umstand hat den Verf. gelehrt, daß nur die Nephrotomie indicirt war.

Der dritte Fall. Frau von 32 Jahren. Vor acht Monaten klagte die Patientin über Schmerzen im rechten Hypochondrium und Verstopfung. Vor einem Monat bemerkte die Patientin die Anwesenheit eines Tumors im rechten Hypochondrium. Nach der physikalischen Untersuchung könnte man an einen Nierentumor denken. Der Katheterismus und die Untersuchung des gewonnenen Urins hat ergeben, daß die Niere gesund war.

Der vierte Fall. 50 Jahre alter Mann, der zwölfmal bei Tage und viermal bei Nacht urinirt. Am Ende der Miction Schmerzen. Urin trübe, am Boden Eiter. Cystoskopische Untersuchung war nicht entscheidend, weil die Flüssigkeit selbst nach mehreren Waschungen nicht durchsichtig war. Katheterismus der Ureteren ergab einen klaren und ganz normalen Urin. Hier hat der Katheterismus sehr geholfen und man konnte mit Sicherheit annehmen, daß in diesem Fall nur eine Cystitis chronica vorhanden war.

Der fünfte Fall. 24jähriger Patient. Vor sieben Jahren erster Tripper, später wiederholte Tripperinfection. Im 18. Jahre, nach einer schweren Arbeit, blutiger Urin während dreier Tage. Vor drei Jahren nephritische Koliken mit Ausscheidung von Steinen; nachher Urin wieder klar. Vor drei Monaten hatte Patient wieder Kolikanfälle ohne Steinabgang, und von da ab verblieb ein continuirlicher Schmerz in der linken Fossa iliaca, und zwar an dem Punkt, wo der Ureter in die Nierenbecken eintritt. Der Schmerz vermehrte sich bei Druck. Der Katheterismus des linken Ureters gab keinen Widerstand bis zum Nierenbecken, und die cystoskopische Untersuchung zeigte am Trigonum eine begrenzte chronische Cystitis.

Der sechste Fall. 47 Jahre alter Mann. Letztes Jahr litt er an Cystitis gonorrhoica. Der Urin war trübe, purulent. Der Katheterismus des rechten Ureters ergab eine purulente Flüssigkeit mit vielen Mikroorganismen. Der Urin des linken Ureters war normal.

Da man früher nach Indicationen, die nur die physikalischen, klinischen Untersuchungen ergaben, operirt hat, waren die Resultate der Operationen in Fällen von Pyonephrosis, Tuberculose, Neoplasmen etc. unbefriedigende, weil die Kliniker nicht im Stande waren, zu wissen, welche Niere krank war; deshalb haben sich seit vielen Jahren die Chirurgen damit beschäftigt, den Urin von jeder Niere getrennt zu erhalten.

Der Ureterkatheterismus hat sich in die Klinik eingeführt erst nach der Verbesserung der Cystoskope von Nitze, Casper und Albarran.

Die Fenwick'sche Statistik zeigt, daß die Mortalität für Nephrectomie-Operationen mit der Einführung des Katheterismus von 36,8 pCt. auf 4 pCt. gesunken ist.

Dann macht der Verf. einige Bemerkungen über die Indicationen, die für jeden Arzt bekannt sein sollen, und polemisirt gegen jene Collegen, die in dem Katheterismus eine Gefahr finden und meinen, daß die Instrumente nicht genügend verbessert und nicht practisch genug seien. Er beschäftigt sich schließlich mit den Cystoskopen von Nitze, Albarran und Casper. Er findet an dem ersten und zweiten einige Nachteile, welche diese Instrumente nicht gut und practisch erscheinen lassen.

Am Casper'schen Cystoskop hat man folgende Nachteile gefunden: Dünne der Sonde (die dickste hat No. 6) und das Ausfließen von Blasen-Flüssigkeit neben dem Katheter.

Dr. Suarez meint, daß der erste Nachteil nicht sehr viel schadet, weil, wenn es wahr ist, daß in den Fällen von Pyonephrosis der dicke Eiter die Sonde obturirt, man einen Mandrin in den Katheter einführen kann. Was das Herausfließen der Flüssigkeit anbelangt, so ist es sehr wenig, weil die Operation nur eine Minute dauert und nur einige Tröpfchen dabei verloren gehen.

Das Casper'sche Cystoskop hat vor den anderen die folgenden Vorteile: Größeres Gesichtsfeld, größere Leichtigkeit beim Einführen der Sonde; man kann beide Ureteren katheterisiren, ohne das Instrument herauszunehmen; die Sonden sind kürzer als die der anderen Cystoskope und sind sehr leicht zu desinficiren. Deshalb giebt ihm der Verf. den Vorzug.

Das Formol hat für die Sonden große Nachteile; sie weichen sich auf und sind nicht mehr gut für den Katheterismus zu gebrauchen; Verf. benutzt zur Desinfection deshalb am liebsten eine $1^0/_{00}$ Sublimatlösung, obwohl die Katheter darunter etwas leiden. Er hält die Benutzung eines Mandrins, wie Imbert rät, für sehr unvorsichtig, weil er den Ureter verwunden oder perforiren kann.

Vor jeder chirurgischen Intervention in Fällen, wo man auf einen Ureterstein Verdacht hat, muß man den Ureter katheterisiren, um sich von seiner Existenz zu überzeugen und zu wissen, wo er ist und auf welchem Wege man ihn beseitigen kann. Dr. R. Lynch.

Doebbelin: **Achttägige Anurie, bedingt durch einen Ureterstein.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1899, Bd. 52, Heft 3—4.)

Der Fall betrifft einen 59jährigen Patienten, der seit zehn Jahren an Nierencolik litt und bei dem vor fünf Jahren zum ersten Male mit dem Harn einige kleine Steinchen abgegangen waren. Dieser Abgang von Steinen wiederholte sich seitdem alle 3—4 Wochen, wobei jedes Mal ein kleiner Stein schmerzlos abging. Eines Tages wurde der Patient in das Krankenhaus wegen seit zwei Tagen bestehender vollständiger Harnverhaltung eingeliefert. Der Patient klagte über Schmerzen in der linken Lumbalgegend, welche auch bei Berührung äußerst schmerzhaft war, über Schwindel und Brechreiz; an den Knöcheln war leichtes Oedem vorhanden. Da die Harnverhaltung auch im Krankenhause nicht behoben werden konnte, wurde am fünften Tage durch extraperitonealen Schnitt die linke Niere freigelegt.

Sie war bedeutend vergrößert. Nach Eröffnung des Nierenbeckens konnte man mittelst Sonde im Blasenende des Ureters einen Stein tasten; bei den Extractionsversuchen wurde derselbe in die Harnblase gestoßen. Hierauf üblicher Abschluß der Operation und Drainage der Lumbalwunde, durch welche schon am ersten Tage nach der Operation eine große Menge trüben Harns abging. Der erste Abgang von Harn per urethram geschah am vierten Tage nach der Operation, und zwar in der geringen Quantität von 100 ccm; regelrechte Miction trat erst nach 26 Tagen ein, worauf die vorher vorhandenen urämischen Erscheinungen verschwanden.

Was nun die Frage betrifft, wie es bei der Verstopfung des einen Ureters zur vollständigen Anurie kommen konnte, so nimmt Verf. an, daß bei dem Patienten die eine Niere in Folge der so viele Jahre bestehenden Steinkrankheit vollkommen degenerirt war und nur noch die andere Niere allein functionirte. Lohnstein.

Prof. James Israel (Berlin): **Ueber extraperitoneale Uretero-cysto-neostomie nebst anderen Beiträgen zur Ureterchirurgie.** (Die Therapie der Gegenwart 1899, Heft 7.)

Verf. giebt zunächst einen Bericht über einen interessanten Fall von Ureterresection, als eclatantes Beispiel für die Leistungsfähigkeit einer conservativen chirurgischen Therapie. Das damals 20jährige, virginelle Mädchen, von welchem weder Vorkrankheiten noch erbliche Belastung bekannt sind, erkrankte im Beginn des Jahres 1897 an schmerzhafter, sehr häufiger Harnentleerung mit starkem Drängen und Schmerzen in der Richtung vom Kreuz nach dem Schooß bei jeder Miction. Auf Grund der Trübung des Harns nahm der behandelnde Arzt einen Blasencatarrh an und versuchte Blasenspülungen, welche gar nicht vertragen wurden. Bei der Aufnahme am 9. Juli 1897 entleerte das Mädchen ca. 30mal in 24 Stunden unter großen Schmerzen einen nur mäßig trüben Urin, in dem sich außer Eiterkörperchen vereinzelte rote Blutkörperchen fanden. Betastung des Blasengrundes von der Vagina aus war ungemein schmerzhaft; eine cystoskopische Untersuchung war wegen zu geringer Capacität unmöglich. Allmählich traten unregelmäßige Fieberanfälle auf, zugleich mit Empfindlichkeit, später auch mit Vergrößerung der linken Niere während der Dauer des einzelnen Anfalls. Es war jetzt klar, daß eine intermittirende Pyonephrose bestand. Als nach 7monatlicher Behandlung die Capacität der Blase endlich so weit gewachsen war, um mit Hilfe von Cocain und Chloroformnarcose eine Cystoskopie zu gestatten, zeigte sich, daß die Blase ganz gesund war, und daß sich an der linken, etwas prominenteren Ureterpapille trüber, aus der rechten klarer Urin entleerte. Nach diesem Befunde mußte sich der Sitz der Krankheit in einem oberhalb der Blase belegenen Abschnitt des Harnapparats befinden, entweder in der Niere allein, oder in der Niere und dem Ureter. Inzwischen war eine Volumsvergrößerung der Niere auch zwischen den Anfällen tastbar geworden.

Am 18. Februar 1898 wurde die linke Niere freigelegt. Man fand ein

sehr vergrößertes, prall fluctuirendes Organ mit einem hühnereigroßen Nierenbecken. Der Ureter ließ sich als ein dicker, prall gefüllter, vielfach gewundener, geschlängelter und gedrehter Schlauch von 12 mm Durchmesser bis in das kleine Becken verfolgen. Nun wird die Niere am convexen Rande breit gespalten und viel trübe Flüssigkeit mit Eiterflocken entleert Aus dem dilatirten Zustande des Ureters war es klar, daß ein Abschlußhindernis in seinem peripheren Abschnitt vorhanden sein mußte, und thatsächlich fand sich bei seiner Sondirung vom Nierenbecken aus eine gänzlich impermeable Strictur 3 cm oberhalb der Blasenmündung. Bei dieser Sachlage vernähte Verf. die Wundränder der gespaltenen Niere mit denen der durchtrennten Bauchmuskeln, um einerseits die Pyonephrose frei zu drainiren, andererseits einen stets offenen Zugang zum Ureter behufs Bougirung der Strictur zu haben. Doch alle dahin gehenden Versuche waren erfolglos, es drang auch nicht die feinste Bougie ein. Ebenso wenig gelang die Passage der Strictur durch Sondirung des Ureters von der Blase aus. Die Nephrotomie heilte bis auf eine Fistel, aus der sich aller Urin der linken Niere entleerte.

Acht Monate nach dieser ersten Operation, als der aus der linken Niere secernirte Urin klar und sauer geworden war, führte Verf. zur Beseitigung des Abflußhindernisses die Resection des stricturirten Ureterabschnittes aus und implantirte den oberhalb der Strictur durchschnittenen Harnleiter in eine neue Oeffnung der Blase. Nach Einführung einer Bougie von der Nierenfistel bis zur Strictur erfolgte die Freilegung des Ureters mittelst eines Schnittes, der, 3 cm oberhalb des Darmbeinstachels beginnend, in leicht abwärts convexem Bogen parallel zum Ligamentum Poupartii bis zur Mittellinie lief und in seinem Bereich die platten Bauchmuskeln und den linken Musculus rectus trennte. Nach Freilegung des retroperitonealen Raumes wird die Umschlagstelle des Parietalperitoneum im ganzen Bereich der Wunde in der Richtung nach der Bauchhöhle zu verschoben, und nun entdeckt man in der Tiefe, dem Bauchfell anklebend, den durch die Bougie markirten Ureter. Er wird abwärts bis zu seinem Eintritt in die Blase freigelegt, ebenso auch der retroperitoneale Abschnitt der linken hinteren Blasenwand. Beim Verfolgen des Ureters nach abwärts sieht man ca. 3 cm oberhalb seiner Blasenmündung den bis dahin bleistiftdicken Durchmesser sich ganz unvermittelt auf 3 mm verjüngen; diesen verschmälerten Durchmesser behält er bis zu seinem Eintritt in die Blase. Nun wird der Ureter etwas oberhalb des Beginnes der Strictur zwischen zwei Klemmzangen quer durchtrennt, dann wird der distale stricturirte Abschnitt dicht oberhalb der Blase abgetragen und der kleine stehen gebliebene Rest unterbunden. Es folgte nun die Implantation des Ureters in eine neu zu bildende Oeffnung der extraperitonealen Hinterwand der Blase, welche durch einen von der Harnröhre aus eingeführten Katheter hervorgestülpt und incidirt wird. Mit den Rändern dieser Oeffnung soll der Ureter vernäht werden. Um eine Stenosirung der Vereinigungsstelle durch die Naht und nachträgliche Narbencontraction zu verhüten, wird eine längere Vereinigungslinie durch Aufschlitzung des Ureters in 1 cm Länge erzielt; und nun wird die Einpflanzung

so ausgeführt, daß Ureterschleimhaut mit Blasenschleimhaut, die Uretermuscularis und Adventitia mit den entsprechenden Schichten der Blasenwand durch feinste Seidenfäden vernäht wird. Schließlich wird der retroperitoneale Raum tamponirt, die Bauchdecken partiell vernäht und der Rest der Bauchwunde nach einigen Tagen secundär geschlossen. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

Die Hoffnung aber, daß sich nun die Nierenfistel spontan schließen würde, nachdem die Ureterpassage frei war, erfüllte sich nicht. Vielmehr floß noch der weitaus größte Teil des Urins aus der Fistel. Im November 1898 schritt Verf. zum Schluß der Fistel, indem er die alte Nephrotomienarbe mit der Fistel umschnitt und excidirte, die Niere von den Bauchdecken ablöste, die Nierenöffnung vernähte und die Bauchdeckenwunde darüber schloß. Damit war ein vollkommenes Resultat erreicht worden.

Die Untersuchung des excidirten stricturirten Stückes ergab ganz circumscripte, ulceröse obliterirende Ureteritis, ohne daß für dieselbe eine sichere Aetiologie gefunden werden konnte.

Im Anschluß an diese casuistische Mitteilung giebt Verf. eine kurze Uebersicht über 21 von ihm am Ureter ausgeführte Operationen. Fünfmal hat er eingekeilte Steine aus dem Ureter durch Incision entfernt, davon dreimal mit sofortiger Vernähung der Ureterwunde, zweimal ohne Naht. In zwei anderen Fällen gelang es ihm, Uretersteine ohne Verletzung des Ureters zu entfernen, indem er Niere und Harnleiter bis zur Stelle der Verstopfung freilegte und den Stein bis in das Nierenbecken zurückschob, aus welchem er ihn durch Pyelotomie oder Nephrotomie zugleich mit den noch vorhandenen Nierensteinen entfernte. In drei Fällen war Verf. gezwungen, den ganzen steinerfüllten Ureter zu exstirpiren, weil einerseits die betreffenden, schwer pyonephrotisch veränderten Nieren die Nephrectomie erforderten, daher eine Belassung des Ureters zwecklos gewesen wäre, andererseits die Entfernung der über den ganzen Ureterverlauf ausgedehnten Steine mit Erhaltung des Ureters unthunlich gewesen wäre. In einem Fall hat Verf. gleichzeitig mit der tuberculösen Niere den gesamten tuberculösen Ureter exstirpirt. Partielle Ureterexstirpationen aus gleicher Ursache hat Verf. bei vielen Nierentuberculosen ausgeführt. Einmal wurde zusammen mit einer Pyonephrose der schwer erkrankte Harnleiter bis an die Blasenmündung entfernt. Resectionen des vesicalen Endstückes des Harnleiters hat Verf. zweimal vorgenommen. In einem Fall beseitigte Verf. durch eine plastische Operation eine dicke, einem mittleren Prostatalappen ähnliche, ventilartig wirkende Schleimhautklappe an der Ursprungsstelle des Ureters, indem er nach Eröffnung des pyonephrotischen Nierenbeckens die Klappe in der Längsrichtung des Ureters bis an die Basis spaltete, die beiden Hälften in querer Richtung auseinander zog und in dem nun klaffenden Spalt die Schleimhaut des Nierenbeckens mit der des Ureters vernähte. In fünf Fällen hat Verf. Abknickungen, Verziehungen und Verwachsungen des Ureters mit dem Nierenbecken durch Trennung der Adhäsionen beseitigt. In einem Fall von starker Hydronephrose einer herabgesunkenen Niere fand

Verf. den Ureter an seinem Austritt comprimirt durch einen quer über ihn hinwegziehenden Arterienast, welcher ihn an die prallgefüllte Nierenbeckenwand anpreßte. In dieser gekreuzten Lage waren Arterie und Ureter durch Adhäsionen an das Nierenbecken fixirt. Durch Trennung der Adhäsionen, Entleerung des gestauten Inhalts, Verkleinerung des Nierenbeckens mittelst Einnähung von Falten (Pyeloplicatio) und Fixation der Niere in normaler Stelle gelang es, die verhängnisvolle Kreuzung von Ureter und Arterie zu beseitigen, indem beide Organe außer Berührung mit einander gebracht wurden. Von diesen 21 Fällen sind 19 völlig unter Erhaltung und Restitution der Niere geheilt; nur zwei sind gestorben. Lubowski.

Dr. Blumenau: **Urotropin bei Pyelitis.** (Bolnitsnaja Gaseta Botkina 1899, No. 33.)

Verf. hat in einigen Fällen von Pyelitis Urotropin angewandt und gute Resultate erzielt. In einem sehr schweren Falle von Pyelitis war die Wirkung des Urotropins geradezu überraschend. Lubowski.

Dr. H. Riese (Britz): **Ueber Pyelitis bei Appendicitis chronica.** (Archiv für klin. Chirurgie 1899, Bd. 60, Heft 1.)

Das Auftreten einer reinen Pyelitis als Complication der Appendicitis chronica scheint bisher unbekannt zu sein, trotzdem man a priori annehmen könnte, daß eine solche sich nicht gar so selten entwickeln müsse, wenn man bei manchen Operationen von chronisch recidivirender Appendicitis die colossalen Schwarten sieht, welche den Ureter so stark comprimiren oder abknicken, daß eine Harnstauung im rechten Nierenbecken eintreten müßte. Zwei derartige Fälle beschreibt nun Verf. In dem ersten handelt es sich um einen 17jährigen Burschen, der mit acuter Wurmfortsatzentzündung aufgenommen wurde und bei dem am siebenten Tage der Erkrankung ein jauchiger, intraperitonealer, abgekapselter Abceß in der rechten Regio hypogastrica eröffnet wurde. Am 14. Krankheitstage mußte ein zweiter Abceß in der linken Regio hypogastrica eröffnet werden, worauf sich der Patient einigermaßen erholte, nachdem das Fieber bereits nach der ersten Incision abgefallen war. Nun kam es am 22. Krankheitstage plötzlich zu einer einmaligen Temperatursteigerung bis 40°, die sich am 30. Tage wiederholte. Gleichzeitig trat ein Tumor auf, der der rechten Niere angehörte, deutlich ballotirte und fluctuirte, während Patient Schmerzen unterhalb des Rippenbogens in der Mammillarlinie angab. Die Urinmenge war gegenüber den vorhergehenden Tagen vermindert, sie betrug 700 ccm. Durch Punction entfernte Verf. ca. 30 ccm klaren, gelblichen Urins. Nach zwei Tagen waren Schmerzen und Tumor verschwunden, während die täglich entleerte Harnmenge wieder auf 1200 ccm und darüber stieg. Es handelte sich also um eine Harnstauung im rechten Nierenbecken. Der Patient wurde ca. zwei Monate nach Beginn der Erkrankung entlassen, kam aber nach einiger Zeit wegen Recidivs wieder. Bei der nun zur Amputation des Wurmfortsatzes vorgenommenen Laparotomie fand sich derselbe in einem Netzklumpen

eingebettet, und von diesem Klumpen aus gingen Stränge zur rechten Darmbeingrube in verschiedenen Richtungen, breitere Verwachsungen war der Netzklumpen mit dem parietalen Peritoneum in der Gegend der Kreuzungsstelle von Ureter und Art. iliaca eingegangen. In dem Appendix fand sich ein Absceß, ca. 5 ccm Eiter enthaltend. Acht Tage nach der Laparotomie trat unter Temperatursteigerung wieder ein Tumor in der rechten Nierengegend auf, die Urinmenge ging auf 650 ccm in 24 Stunden zurück, eine Punction entleerte wieder klaren Urin. 14 Tage nach der ersten zweite Laparotomie wegen andauernden Fiebers und andauernder Schmerzen in der Gegend der rechten Niere und Lösung aller Verwachsungen, die sich zwischen Netz, Darmwandungen und parietalem Peritoneum noch vorfanden, so daß der Ureter unter dem parietalen Peritoneum frei zu sein schien. Wohl bei dieser zweiten Laparotomie war ein Tupfer in der Bauchhöhle zurückgeblieben, der sich unter Eiterung aus der Bauchnarbe ausstieß und 12 Tage nach der zweiten Laparotomie zu Tage kam. Gleichzeitig trat reichlich Eiter im Urin auf, ohne Symptome eines Blasencatarrhs, während der zuerst verschwundene Tumor der rechten Niere wieder deutlich fühlbar wurde; gleichzeitig setzte stark remittirendes Fieber in Intervallen von 2—3 Tagen ein. Der Urin war sauer, enthielt mikroskopisch außer einigen geschwänzten Epithelien nur Eiterkörperchen. Auf Darreichung von Salol schwanden Eiter, Fieber und Tumor und Patient konnte vier Wochen nach der zweiten Laparotomie völlig geheilt entlassen werden.

Der zweite Fall betrifft ein 15jähr. Mädchen, das im fünften Lebensjahre die erste Blinddarmentzündung mit Absceßbildung durchgemacht hatte und nach mehrfachen Recidiven im Januar 1899 abermals einen perityphlitischen Absceß bekam. Bald danach trat unter Fiebersteigerung ein Tumor in der rechten Nierengegend und Eiter im Urin auf, ohne daß ein Blasencatarrh vorhanden war. Die Eitermassen im Urin waren sehr beträchtlich. Verf. legte den in der Mitte obliterirten Wurmfortsatz frei und amputirte ihn, nachdem er ganz enorme Schwarten in der Umgebung des in das kleine Becken hineinhängenden Fortsatzes durchtrennt und exstirpirt hatte. Dieselben umgaben die A. und V. iliaca communis ganz dicht, so daß nur mit großer Mühe eine Verletzung der Gefäße vermieden werden konnte. Mit den Gefäßen war auch der Ureter in die Schwarten eingemauert, die sich nach unten in das kleine Becken gegen die Blase hin fortsetzten. Auch hier wurde unter Darreichung von Salol der Eitergehalt des Urins bis auf geringe Spuren beseitigt. Lohnstein.

Dr. Djatschenko: **Beitrag zur Frage der Wirkung der Birkenknospen bei chronischen Nierenerkrankungen.** (Medicinskoe Obosrenie, August 1899.)

Die Birkenknospen, welche im Anfang des Frühlings gesammelt wurden, hat Verf. in Form eines Infusum angewandt, hergestellt durch halbstündiges Kochen von 60,0 des Mittels in 360,0 Wasser. In sehr schweren Fällen und bei drohenden Erscheinungen von Seiten des Herzens und der Lungen fügte

Verf. zu dem Infusum noch 4,0 Herbae adonis vernalis hinzu. Die gesamten Beobachtungen des Verfassers erstrecken sich auf 60 Fälle von parenchymatösen oder interstitiellen Nierenerkrankungen. Die Resultate der Behandlung waren in sämtlichen Fällen gute. Der Ascites bildete sich rasch zurück, die Oedeme und die Stauungserscheinungen in den Lungen und im Magendarmcanal verschwanden, die Harnmenge vergrößerte sich ganz bedeutend, ohne daß Wannenbäder oder irgend welche anderen Mittel zur Hilfe genommen wurden. Besonders günstig wirkten die Birkenknospen bei Exacerbationen der interstitiellen Nephritis und bei parenchymatöser Nierenaffection. Bei rein interstitieller Nephritis wirkte das Mittel langsamer und schwächer. Einen schädlichen Einfluß auf den Magendarmcanal und auf den Allgemeinzustand der Kranken hat Verf. bei dieser Behandlung niemals beobachtet. Lubowski.

Prof. Noorden: **Zur Behandlung der chronischen Nierenkrankheiten.** (Therapie der Gegenwart, Juni 1899.)

Verf. wendet sich vor Allem gegen den Usus, dem Kranken mit Schrumpfniere nur das weiße Fleisch von Fischen, Vögeln, Kälbern zu gestatten und das rote und braune Fleisch, mag es nun von Schlachttieren, Wild oder Geflügel stammen, zu verbieten. Er hebt ausdrücklich hervor, daß diese Verordnung, soweit die Schrumpfniere in Frage kommt, sich mehr in der Praxis als vielgeübter Brauch allmählich herausgebildet hat, als daß sie in den Schriften hervorragender Autoren empfohlen wäre. In der Praxis ist dieser Brauch vielfach zu einem Mißbrauch geworden, der in nicht seltenen Fällen schädliche Folgen hat. Denn viele Patienten, die diese Verordnung gewissenhaft erfüllen, bekommen mit der Zeit einen solchen Widerwillen gegen das weiße Fleisch, daß sie den Fleischconsum überhaupt auf das geringste Maß einschränken; die Eiweißzufuhr sinkt immer mehr, und weil in der Folge auch die Eßlust im Allgemeinen und die ganze Nahrungsaufnahme sich vermindert, kommt es zu Ernährungsstörungen und Schwinden der Kräfte. Von welch' einschneidender Bedeutung das Verbot des braunen Fleisches ist, erhellt daraus, daß in solchen Fällen mit der Rückkehr zu einer abwechselungsreichen gemischten Fleischkost die Eßlust steigt und die gesunkenen Kräfte sich heben. Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus ist die Unterscheidung von weißem und braunem Fleisch für die Ernährung der Nierenkranken nichts weniger als exact begründet und wird zum mindesten weit übertrieben. Der wesentliche Unterschied zwischen weißem und braunem Fleisch beruht in dem Gehalt an Farbstoff, dessen chemische Constitution noch gar nicht bekannt ist und den zu den schädlichen Stoffen zu rechnen, man a priori gar keinen Grund hat.

Bezüglich der Frage, wie sich Kranke mit Schrumpfniere unter großer und unter geringer Flüssigkeitszufuhr verhalten, gelangte Verf. auf Grund sechsjähriger, genauer Beobachtung zu dem Ergebnis, daß sehr häufig dem Patienten mit Schrumpfniere durch Beschränkung des Flüssigkeitsconsums

auf $^5/_4$—$^3/_2$ l am Tage außerordentlich genützt werden kann. Die günstigste und jedenfalls sinnfältigste Wirkung hat die Flüssigkeitsbeschränkung in den vorgerückten Stadien der Schrumpfniere, in denen bereits herzasthmatische Anfälle auftreten und die objective Untersuchung neben der Hypertrophie des linken Ventrikels eine beträchtliche Dilatation des Herzens nachweist. Als souveränes Medicament gilt in diesen Zuständen die Digitalis, und in der That gelingt es oft, durch sie einen erträglichen Zustand wieder herzustellen, bis neue Verschlimmerungen eintreten; in immer kürzeren Intervallen greift man zur Digitalis und ähnlichen Mitteln, bis schließlich die Patienten in einen dauernd schlechten, agonalen Zustand verfallen, in dessen klinischem Bilde bald die Erscheinungen der chronischen Herzschwäche, bald die der chronischen Urämie überwiegen. Selten, daß es nach Ausbruch der ersten bedrohlichen Erscheinungen von Herzschwäche gelingt, die Patienten länger als einige Monate zu erhalten. In diesem für die Digitalisbehandlung reifen Stadium der Schrumpfniere, bei schon vorhandenen herzasthmatischen Beschwerden, zum Teil nach schon vorausgegangenen Anfällen von Stenocardie und von Lungenödem, bei deutlich nachweisbarer, zum Teil sehr beträchtlicher Dilatation des Herzens, erwies sich die Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr von einschneidender Bedeutung und hervorragendem Nutzen Wo unter gewissenhafter Befolgung der Vorschriften ein guter Erfolg zu verzeichnen war, äußerte sich die gute Wirkung in schnellem Nachlaß der ebenso quälenden wie beängstigenden herzasthmatischen Beschwerden, Herstellung guten Schlafes, einer im Verhältnis zur Flüssigkeitsaufnahme reichlichen Diurese und vor Allem in einem zweifellosen Zurückgehen der Herzdilatation. Der gleichmäßig günstige Zustand, in den die Patienten nach den früher bedrohlichen Erscheinungen zurückkehren, hielt bei vielen derselben mehrere Monate, sogar Jahre lang an Natürlich nicht bei allen Patienten, die mit Flüssigkeitsbeschränkung behandelt wurden, war der Erfolg so günstig. Denn manche traten schon so elend und mit so schweren Störungen in die Behandlung ein, daß keinerlei Therapie noch wesentlichen Nutzen bringen konnte; aber auch in diesen verzweifelten Fällen hatte man meistens den Eindruck, daß die Flüssigkeitsbeschränkung wenigstens vorübergehend Besserung nach sich zog. Allerdings stößt die Beschränkung der Flüssigkeit auf ca. $^5/_4$—$^3/_2$ l bei Schrumpfnierenkrankheiten in der Praxis oft auf große Schwierigkeiten und ist technisch viel schwerer durchzuführen, als bei Herzkranken und bei Fettleibigen. Man hat viel mehr als dort mit dem Durstgefühl der Patienten zu kämpfen und hat viel größere Mühe, neben der relativ geringen Flüssigkeit die Aufnahme genügender Mengen anderer Nahrung zu sichern. Die Schwierigkeiten lassen sich natürlich in Krankenanstalten viel leichter überwinden, als in der häuslichen Praxis. Nach Ueberwindung der ersten Hindernisse macht aber die spätere Fortführung der Flüssigkeitsbeschränkung keine große Mühe mehr.

Die Frage, inwieweit die Elimination der Stoffwechselendproducte bei Schrumpfniere von der Wasserzufuhr abhängig ist, beantwortet Verf. auf Grund klinisch-experimenteller Untersuchungen dahin, daß bei Schrumpf-

nierenkranken weder im Stadium relativer Euphorie noch in dem Stadium beginnender Herzschwäche und beginnender urämischer Erscheinungen die Elimination der wichtigsten Stoffwechselproducte durch Herabsetzung der Flüssigkeit auf ca. $^5/_4$ l täglich irgendwie beeinträchtigt wird. Was die Eiweißausscheidung betrifft, so ward dieselbe, der absoluten Tagesmenge nach, durch Vermehrung oder Verminderung der Flüssigkeitszufuhr nicht wesentlich beeinflußt. Der Procentgehalt an Eiweiß stieg natürlich, wenn unter geringerer Flüssigkeitszufuhr die Harnmenge sank. Uebrigens ist es, wie dies aus speciellen Untersuchungen des Verfassers hervorgeht, nicht nur bei Schrumpfniere, sondern auch bei chronisch parenchymatöser Nephritis und sogar bei acuter Nephritis unter Umständen von großem Gewinn für die Kranken, von dem üblichen Schema des reichlichen Wassertrinkens abzugehen. Lohnstein.

Arthur R. Elliot (Chicago): **Some Remarks on Chronic Bright's Disease.** (Medical Record, 15. Juli 1899.)

Verf. versteht unter chronischer Bright'scher Krankheit die chronische interstitielle Nephritis. Sie kommt weit häufiger vor, als sie erkannt wird, so konnte Samuel West dieselbe bei 48 pCt. der im St. Bartholomews-Hospital Verstorbenen post mortem nachweisen. Nicht nur ihre Häufigkeit, sondern auch die Schwierigkeit ihrer Diagnose rechtfertigt, daß man mehr als bisher auf sie achtet. Erst nach längerem Bestehen pflegt das Leiden Symptome hervorzurufen, da sein Verlauf äußerst chronisch ist. So kommt es, daß es nur äußerst selten frühzeitig erkannt wird, meist wird es zu spät diagnosticirt zu einer Zeit, wenn die Nieren ihre Function nicht mehr zu leisten vermögen; daher dann auch die schlechten Erfolge der Behandlung. Im Beginn sind die Symptome unbestimmt. Einige mäßige, meist nächtliche Polyurie, eine unbeständige Albuminurie und Verminderung der festen Harnbestandteile, besonders des Harnstoffes, sind die Krankheitszeichen, die auf den Urinaltractus hinweisen; besonders eine im mittleren Lebensalter auftretende Polyurie ist bei Ausschluß von Blasen- oder Prostataaffectionen sehr verdächtig. Von Seiten des Circulationsapparates spielen Herzvergrößerung, verdickte Arterien und hohe Pulsspannung eine wichtige Rolle. Oft führt eine Hämorrhagie wie Epistaxis, auch eine Apoplexie, Hämatemesis, Hämoptoe und Hämaturie auf die richtige Spur. Die Albuminurie ist meist im Anfang gering, von wechselnder Höhe, oft fehlt sie ganz; mikroskopisch lassen sich oft nur spärliche hyaline Cylinder nachweisen. Großer Wert ist daher bei der Inconstanz der Harnsymptome auf die obigen Zeichen seitens des Gefäßsystems zu legen. Wenig Beachtung hat bisher auch die Heredität der Affection gefunden, welche nach Verf. sehr wichtig und häufig ist. Kommt dieselbe in Frage, so ist meist auch die Prognose in solchen Fällen eine ungünstige, schlechter jedenfalls als bei den erblich nicht belasteten Fällen, da hier frühzeitige prophylactische diätetische Maßnahmen oft schöne Erfolge verzeichnen können. Blanck (Potsdam).

Dr. Frommer (Leva, Ungarn): **Beobachtungen über das Auftreten acuter Nephritis im Verlauf acuter Krankheiten.** (Pester med.-chir. Presse 1899, No. 38—39.)

Verf. berichtet über eine Reihe selbst beobachteter acuter Erkrankungen, in deren Verlauf acute Nephritis aufgetreten ist. Er betont dabei, daß er eine einfache vorübergehende Albuminurie, wie man sie bei acuten Erkrankungen, z. B. Erysipel, schwerer Pneumonie etc. antrifft, als eine acute Nephritis nicht betrachtet, sondern daß er letztere nur dann annimmt, wenn neben makroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen des Harns in letzterem außer Eiweiß auch noch die Zeichen acuter entzündlicher Exsudation, wie hyaline und granulirte Cylinder, Leukocythen, ev. Blutkörperchen, abgelöstes Nierenepithel und Epithelcylinder, fettig degenerirte Zellen und Detritus erscheinen. Verf. bemerkt aber zugleich, daß es immerhin Fälle von acuter Nephritis giebt, in denen der Urin vollkommen normal ist, wo im Urin nicht nur keine Formelemente zu finden sind, sondern selbst nicht einmal Spuren von Eiweiß. Zwei solcher Fälle hat Verf. selbst beobachtet.

In erster Reihe sind es die acuten Infectionskrankheiten, welche erfahrungsgemäß von acuten Nephritiden begleitet oder von solchen gefolgt werden; unter den acuten Infectionskrankheiten steht obenan als Prototyp die Scarlatina, in deren Verlauf die acute Nephritis am längsten bekannt ist. Zu Zeiten schon, wo über das Wesen der acuten Nephritis und über die pathologischen Veränderungen der Nieren noch keine richtigen Vorstellungen herrschten, war der Scharlachhydrops schon eine gut gekannte und gefürchtete Complication des Scharlachs. Die beiden Fälle albuminurieloser, acuter Nephritis, welche Verf. beobachtet hat, fallen gleichfalls in die Gruppe der Scharlachnephritiden. Die übrigen Fälle, über welche Verf. berichtet, sind: a) Ein Fall von acuter Nephritis nach einer scheinbaren Angina follicularis bei einem vierjährigen Knaben, b) ein Fall von acuter Nephritis nach Angina catarrhalis, c) ein Fall von acuter Nephritis im Verlaufe von Pneumonie, d) ein Fall von acuter Nephritis im Verlaufe von Influenza, e) ein Fall von acuter hämorrhagischer Nephritis im Anfangsstadium von Typhus abdominalis, f) ein Fall von Nephritis acuta im Anschluß an Purpura haemorrhagica und schließlich g) ein Fall von Exacerbation einer bestehenden chronischen Nephritis in Folge von Influenza mit tötlichem Ausgang.

Für die beiden ersten Fälle giebt Verf. die Möglichkeit zu, daß es sich in denselben um Scarlatina sine exanthemate gehandelt haben konnte. Jedenfalls leitet er von diesen Beobachtungen den Grundsatz ab, daß man den Urin auch nach scheinbar ganz einfachen Anginen wenigstens drei Wochen lang überwachen muß, gleichgiltig, ob eine Scharlachepidemie herrscht oder nicht. In dem Falle sub c war die acute Nephritis im Anfangsstadium der Pneumonie aufgetreten. Die Harnuntersuchung wurde am achten Krankheitstage ausgeführt. Es war ein febriler Urin von saturirter Farbe, welcher eine ziemliche Menge Eiweiß und im spärlichen Sediment viele granulirte Cylinder, Epithelcylinder und viele fettig degenerirte Zellen enthielt. Da

Dr. v. Samson-Himmelstjerna (Pless): **Cystinsteine.** (Vortrag und Demonstration, gehalten auf dem 28. Congreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Centralbl. f. Chirurgie 1899, No. 27.)

Die Cystinsteine verdanken ihre Entstehung einer seltenen Stoffwechselanomalie, der Cystinurie. In dem Fall, der der Mitteilung des Vortragenden zu Grunde liegt, handelte es sich um eine Patientin, bei der die Cystinurie nachweislich über 15 Jahre besteht und in Folge von Steinbildung in der linken Niere zahllose Koliken verursachte. Seit einem Jahre hat die Steinbildung linkerseits aufgehört, um sofort rechterseits in der seit der Kindheit bestehenden Wanderniere einzusetzen. In dieser Niere konnte Vortragender im letzten Sommer die Steine fühlen und im Februar cr. durch Sectionsschnitt sechs Steine aus der Niere entfernen. Die Steine, im Gesamtgewicht von 15 g, lagen in den erweiterten Kelchen, tief in der Nierensubstanz. Der eine große Stein hatte die Nierenrinde bis zur drohenden Perforation verdünnt. Die Beschwerden seitens der kranken Niere schwanden nur teilweise nach der Operation, da der rechte Harnleiter durch eine Dermoidcyste des rechten Ovariums comprimirt wurde. Erst nach Entfernung der Cyste schwanden die krankhaften Erscheinungen der rechten Niere und der bis dahin stets trübe, reichlich Eiter und Epithelzellen absetzende Harn hellte sich auf, die Cystinausscheidung aber dauerte fort.

Aus dem Umstande, daß in diesem Fall in Folge Verlegung des Mastdarms durch die pralle Cyste Jahre lang chronische Stuhlverstopfung bestanden hat, leitet Verf. in ätiologischer Beziehung einen Schluß zu Gunsten der von Brieger und Steinthal ausgesprochenen Ansicht, daß die Cystinurie auf eine abnorme Darmgährung, auf eine Darmmycose zurückzuführen sei. Lubowski.

Walter L. Bell: **A Case of Abdominal Nephrectomie for Renal Calculus.** (The British Medical Journal, 29. Juli 1899.)

Bei einer 27jährigen Frau hatte Verf. aus den nicht eindeutigen, subjectiven Symptomen und dem objectiven Befund einen mit dem Uterus oder dem linken Ligamentum latum zusammenhängenden Tumor vermutet. Bei der Laparotomie fand er eine vergrößerte und verlagerte Steinniere. Nachdem er sich durch das Gefühl von dem Vorhandensein und scheinbarer Intactheit der anderen Niere überzeugt hatte, exstirpirte er die kranke Niere, da verschiedene Gründe gegen eine einfache Nephrotomie sprachen. Der Erfolg, die Gesundung der Kranken, sprach für die Richtigkeit der Operation. Ref. kann nicht umhin, vor einem solchen, immerhin etwas eilfertigen Vorgehen zu warnen; ganz abgesehen von der strafrechtlichen Seite — die Aufschiebung der Operation hätte der Kranken, deren Erlaubnis bei der Entfernung eines so lebenswichtigen Organs doch wohl vorher einzuholen ist, nicht viel geschadet — kann man die Functionstüchtigkeit einer Niere nicht nach dem Gefühl beurteilen. Bei der Eventualität eines ungünstigen Ausganges, und in letzter Zeit sind mit freimütiger Offenheit mehrere solche Fälle bekannt gegeben, muß vor der Exstirpation einer Niere auf jeden Fall

mit allen uns zu Gebote stehenden Hilfsmitteln die Gesundheit der anderen festgestellt sein, will sich der Operateur vor schweren Enttäuschungen und Gewissensbissen bewahren. Blanck (Potsdam).

Dr. Abbe: **The Detection of Small Renal Calculi by Roentgen Rays.** (Annals of Surgery, August 1899.)

Auf Grund eigener Erfahrung wie auch eingehenden Studiums der Litteratur gelangt Verf. zu der Ansicht, daß in den Röntgenstrahlen ein Mittel gegeben ist, das eine frühzeitige und sichere Diagnose selbst von kleinen Nierensteinen gestattet und in Folge dessen für die Nierenchirurgie von hoher Bedeutung ist. In der ihm zugänglichen Litteratur fand Verf. 25 Fälle verzeichnet, in denen Nierensteine mittelst Röntgenstrahlen diagnosticirt worden sind. Meistenteils handelte es sich um Oxalatsteine, teilweise aber auch um Steine aus phosphorsaurem Kalk mit Beimischung von Oxalatsäure, sowie auch um reine Phosphatsteine.

Die eigenen Erfahrungen des Verfassers umfassen nur zwei Fälle. Der erste betrifft einen 27jährigen, seit 12 Jahren an heftigen Schmerzen in der rechten Lumbalgegend leidenden Patienten, bei dem die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen in der Höhe des oberen äußeren Teils der Niere einen deutlichen Schatten ergab. Nach Freilegung der Niere gelang es, den Stein in einer kleinen Höhle im oberen Teile der Niere mittelst feiner Sonde zu entdecken. Die Nierenwand wurde an der betreffenden Stelle incidirt und der Stein entfernt. Resultat: vollständige Heilung. Der zweite Fall betraf eine 28jährige, seit längerer Zeit an Nierencolik leidende Frau, bei der es durch wiederholte Beleuchtung mit Röntgenstrahlen mehrmals gelang, in der Lumbalgegend zwischen 11. und 12. Rippe einen deutlichen dreieckigen Schatten festzustellen. Auch hier wurde der Stein mittelst Sonde an der dem Schatten genau entsprechenden Stelle entdeckt. Lubowski.

Prof. Bazy: **Kachexie bei Wanderniere und deren Behandlung mit Nephropexie.** (Vortrag in der Académie de médecine zu Paris. Ref. nach Wiener med. Presse 1899, No. 35.)

Die Wanderniere kann in einzelnen Fällen so große Beschwerden erzeugen, daß man berechtigt ist, diese Fälle als „schwere Form der Wanderniere“ von den anderen zu unterscheiden. Die Hauptsymptome sind Verdauungsstörungen und heftige Schmerzen, in deren Gefolge sich schließlich ein Schwächezustand einstellt, den man als „nephroptotische Kachexie“ bezeichnen kann. Diese Kachexie kann nur durch Heilung des Grundleidens beseitigt werden, und jede andere Behandlungsweise bleibt unwirksam, so lange die Niere nicht fixirt ist. Auch nach der Nephropexie stellt sich nicht immer sofortige Besserung ein; nicht selten verstreichen Monate, bis dieselbe zu Tage tritt. Die erste Methode der Nephropexie besteht in der directen Befestigung der Niere an den Intercostalmuskeln und an der Vorderfläche der letzten Rippe, wobei auch die Fettkapsel an der letzten Rippe gleichsam suspendirt wird. Lubowski.

Prof. E. Henoch: **Zur Therapie der Wanderniere.** (Therapie der Gegenwart, Juni 1899.)

Auf zweierlei Weise versucht man, den mit Wanderniere behafteten Patienten (es sind größtenteils Frauen) Hilfe zu bringen, durch Bandagen und durch eine Operation. Daß die radicale Operation in manchen Fällen günstige Erfolge erzielt hat, ist sicher. Aber ganz ohne Gefahr ist sie nicht, und die einfache Fixation durch die Naht erwies sich nicht immer von dauerndem Nutzen. Man versucht es daher meistens, mit Bandagen dem Uebel zu steuern, und hat zu diesem Zweck vielerlei Leibbinden, Gürtel, mit und ohne Pelotten, Stahlreifen und dergl. mehr construirt. Aber Alles, was die Bandage leisten kann, ist die Erhöhung des Widerstandes, den die in diesen Fällen meistens recht schlaffen Bauchwandungen den zur Enteroptose neigenden und andrängenden Eingeweiden entgegensetzen müssen. Die Bandage giebt ihren Trägerinnen mehr Halt und auch Vertrauen und ist daher in allen Fällen zu empfehlen. Nur bilde man sich nicht ein, daß man damit, wie mit einer Art Suspensorium, auf die gesunkene Niere wirken kann: keine Bandage wird im Stande sein, die, wenn auch nicht bei allen, doch bei vielen Kranken dieser Art auftretenden Beschwerden zu verhüten. Als Illustration dazu berichtet Verf. über folgenden, Jahre lang von ihm genau beobachteten, eine unverheiratete Dame im mittleren Alter betreffenden Fall. Dieselbe behauptete, bis vor vier Jahren von ihrer beweglichen Niere nichts gewußt zu haben, bis unmittelbar nach einer Bergpartie, ja schon während des steilen Absteigens, plötzlich die bekannten, den Ileus streifenden Einklemmungssymptome sich geltend machten. Erst nachdem diese mehrere Tage gedauert hatten, kam Verf. zur Untersuchung und entdeckte dabei die bis zum Niveau des Nabels gesunkene linke Niere, die sich durch einen mäßigen Druck nach oben und hinten verschieben ließ. Schon bei dieser ersten Manipulation fiel die Erleichterung auf, welche die Kranke nach derselben empfand, und das war Anlaß, das Verschieben der Niere Anfangs täglich, später in längeren Intervallen zu wiederholen. Es gelang dadurch, nicht nur die Beschwerden gänzlich zu beseitigen, sondern auch die Lage der Niere, die zuerst als ein neben dem Nabel, der Oberfläche scheinbar sehr nahe liegender Tumor imponirt hatte, dergestalt zu verändern, daß man sie nach etwa sechs Wochen nur noch in der Tiefe unter dem linken Rippenrande fühlen konnte.

Im Lauf der folgenden drei Jahre traten nun nach längeren, mitunter 6—8 Monate dauernden, fast ungestörten Intervallen wiederholt Beschwerden auf, die, wenn auch minder stürmisch als die ersten, die Patientin doch jedes Mal in hohem Grade belästigten und herunterbrachten. In erster Reihe standen Schmerzen beim Liegen auf der linken Seite, die besonders in der Nacht bis in die Herzgegend heraufstrahlten und den Schlaf raubten. Dazu gesellte sich Cardialgie nach jedem Genuß von Nahrungsmitteln bei meistens normalem Appetit und als besonders quälend ein ungemein häufiger Stuhldrang, der immer nur geringe Mengen dünnbreiiger Fäces entleerte und der Patientin selbst Nachts keine Ruhe ließ. Diese in der Regel ohne erkenn-

bare Ursache eintretenden Anfälle gingen mit Tage lang dauernder Migräne, tiefer Verstimmung und Abspannung einher. Unter diesen Umständen war nun das oben angegebene Verfahren jedes Mal mehr oder minder rasch erfolgreich, namentlich war der im letzten Anfall, der im December 1898 stattfand, erzielte Erfolg so entscheidend, daß jeder Zweifel an der Wirksamkeit des Verfahrens ausgeschlossen werden mußte. Auf der Höhe des Anfalls brachte Verf. die fast verzweifelte Patientin in eine liegende Stellung mit erschlafften Bauchdecken und suchte nun die ziemlich oberflächlich links vom Nabel fühlbare Niere etwa fünf Minuten lang nach oben und hinten unter den Rippenrand zurückzuschieben, und zwar mit den Händen, wobei er aber vermied, der Kranken durch zu starken Druck Schmerz zu bereiten. Gleich nach dem Beginn der Manipulation rief die Kranke: „Es wird schon besser". Nach fünf Minuten war der Anfall wie durch einen Zauberschlag beseitigt und ist auch bis zur Stunde (Mitte Mai 1899) nicht wiedergekehrt.

Lubowski.

Dr. Trojanow: **Weitere Mitteilungen über einen Fall von vor sieben Jahren ausgeführter Nephrectomie.** (Bolnitsnaja Gaseta Botkina 1899, No. 33.)

Der Patient ist seit der Operation dauernd geheilt geblieben. Er erfreut sich gegenwärtig der besten Gesundheit. Es bestehen auch nicht die geringsten Störungen der Harnfunction; von Herzhypertrophie, an welche man bei dem mit einer Niere lebenden Patienten denken könnte, keine Spur. Sehr bemerkenswert ist ferner der Umstand, daß bei diesem Patienten ein Jahr nach der Exstirpation der einen Niere die Lithotripsie ausgeführt wurde, ohne daß sich eine ungünstige Beeinflussung der einzelnen Niere bemerkbar machte.

Lubowski.

Docent Dr. M. Wilms (Leipzig): **Ursprung der Nierenmischgeschwülste.** (Vortrag, gehalten auf dem 28. Congreß der deutsch. Gesellschaft für Chirurgie. Centralbl. f. Chirurgie 1899, No. 27.)

Derselbe: **Die Mischgeschwülste.** Heft 1: **Die Mischgeschwülste der Niere.** (Arthur Georgi, Leipzig 1899.)

Beide Aufsätze behandeln einen und denselben Gegenstand. Verf., der sich zur Aufgabe gemacht hat, die complicirten Geschwülste oder die sog. Mischgeschwülste im Allgemeinen zu erforschen, hat seine Studien in Bezug auf die Mischgeschwülste der Niere nunmehr abgeschlossen. Die Hauptzüge und die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchungen hat er bereits auf dem jüngsten Congreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie mitgeteilt, während die vorliegende Monographie den Gegenstand in vollständig erschöpfender Weise behandelt. Die Untersuchungen des Verfassers erstrecken sich sowohl auf die in der Litteratur veröffentlichten Fälle, wie auch auf eigene Beobachtungen, deren Zahl sieben beträgt. Als Resultat dieser Untersuchungen ergiebt sich Folgendes:

Die complicirt zusammengesetzten Nierentumoren sind fast sämtlich im jugendlichen Alter beobachtet worden, meist bei Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Betreffs der klinischen Eigenart der Geschwulstentwicklung besteht angeblich ein gewisser Gegensatz zwischen den kindlichen Tumoren und denen der Erwachsenen. Während bei den Neubildungen der Erwachsenen, den Hypernephromen, die Blutung, Blutnachweis im Urin das erste alarmirende Symptom der Erkrankung ist, fehlt eine Blutung bei den kindlichen Tumoren nach Perthes fast immer; nur zweimal ist Hämaturie erwähnt worden. Das erste Zeichen der Geschwulstbildung ist hier vielmehr die schnell zunehmende Auftreibung des Leibes. Das Wachstum der kindlichen Tumoren ist im Gegensatz zu dem der Geschwülste bei Erwachsenen ein sehr schnelles, innerhalb Monate oft zum Tode führendes, während die Hypernephrome ein jahrelanges Wachstum zeigen. Die Metastasenbildung ist relativ selten, etwa in 30 pCt. der Fälle, am häufigsten sind Lunge und Leber befallen. Das Verhältnis aller derartigen Tumoren zur Umgebung ist ein auffallend gleichartiges. Sie saßen mit Ausnahme zweier Fälle immer in der Niere selbst, entweder am Nierenbecken oder in der Nierensubstanz.

Alle anderen Geschwülste haben sich innerhalb der Niere entwickelt, ohne daß jedoch die Nierensubstanz sich irgendwie an dem Wachstum beteiligte. Die Nierensubstanz wird vielmehr durch die im Innern der Niere wachsende Geschwulst bei Seite gedrängt, die anliegenden Harncanälchen werden comprimirt, ihr Epithel geht zu Grunde und das nun noch restirende Bindegewebe der Niere erscheint als Kapsel, die den Tumor umgiebt und, schon mit unbewaffnetem Auge erkennbar, von der Niere trennt. Die Epithelien der Harncanälchen zeigen niemals eine Wucherung, ein Beweis, daß sie activ absolut nicht an der Neubildung Anteil haben. So lange die Geschwulst in der Niere selbst wächst, dehnt sie sich gleichmäßig aus, wird zu einem rundlichen Tumor, dem die Nierenreste gewöhnlich kappenartig aufsitzen. Wuchert die Neubildung aber im Nierenbecken, so schiebt sie sich hier fast immer in zottenartiger, polypöser Form hinein, entsprechend dem Wachstum, welches alle solche Tumoren zeigen, wenn sie in Hohlräume hineingeraten. Die äußere Form des Wachstums im Nierenbecken correspondirt mit den polypösen Scheiden- und Cervixsarcomen, auf deren nahe Beziehung zu unseren Geschwülsten W. in einer zweiten Arbeit zu sprechen kommt. Es liegt diese Wachstumsform einfach daran, daß von verschiedenen Centren aus die Neubildung sich entwickelt und von diesen verschiedenen Centren aus die Gewebe in den Hohlraum vorgeschoben werden, so entstehen die Zapfen oder Polypen. Makroskopische Characteristica sind eigentlich kaum vorhanden, bald ist das Aussehen mehr markig weich, bald mehr fibrös, bald gallertig, oft sehr gefäßreich, bald adenomartig und gelappt. Im Allgemeinen zeigen die Tumoren immer ein sehr lockeres Gefüge. Necrotische und hämorrhagische Stellen finden sich oft.

Ueber den Bau dieser Neubildungen ist eine Einigung bis jetzt nicht erzielt; es ist nur von allen Seiten immer wieder betont worden, daß das

mikroskopische Bild dieser Geschwülste ein äußerst wechselndes ist. Die Einen fanden epitheliale, drüsige Elemente, Andere quergestreifte Musculatur, Andere Sarcommassen, wieder Andere Knorpel oder Combinationen von verschiedenen Geweben. Diejenigen, welche epitheliale Elemente als Hauptbestandteile entdeckten, zählen die Geschwülste zu den Carcinomen, Andere wegen der Aehnlichkeit mit einem Rundzellensarcom zu den Sarcomen, wieder Andere bezeichneten sie als Rhabdomyome wegen der Beobachtung von quergestreifter Musculatur. Fand man ferner neben dem heterologen Gewebe der quergestreiften Musculatur drüsige Bildung und Fettgewebe oder glatte Musculatur, so leitete man die drüsigen Bildungen von Nierencanälchen oder dem Epithel des Nierenbeckens, die glatte Musculatur und das Fettgewebe von der Niere selbst ab und beschäftigte sich nur genauer mit den quergestreiften Fasern, für die man annahm, daß sie entweder durch eine Keimversprengung, wie Cohnheim zuerst ausgesprochen, in die Niere gelangt seien, oder durch eine Metaplasie aus glatten Muskelfasern sich bildeten. Man faßte also den Tumor nicht als etwas Einheitliches auf, sondern nahm für die einzelnen Gewebe die verschiedenste Herkunft an. Hier wurde zuerst ein besseres Verständnis durch die Untersuchungen Birch-Hirschfeld's angebahnt, dessen Studien sich hauptsächlich auf die drüsigen Elemente erstreckten. Drüsencanäle der Geschwülste, die man früher als zufällig in den Tumor hineingeratene Nierencanälchen auffaßte, haben nach den Befunden Birch-Hirschfeld's nichts mit der Niere selbst zu thun, sondern sind ebenso wie etwa vorhandene quergestreifte Musculatur von außen in die Niere versprengt, und zwar, wie Birch-Hirschfeld glaubt, aus dem Wolff'schen Körper, der Urnierenanlage. Mit dieser Versprengung aus dem Wolff'schen Körper glaubt Birch-Hirschfeld in erster Linie eine Erklärung für das Vorkommen der Drüsenbildungen gegeben zu haben, weiter aber auch sind es die quergestreiften Muskelelemente, da er, einer alten Ansicht von Eberth folgend, annimmt, daß im Wolff'schen Körper quergestreifte Muskelfasern vorhanden sind. Diese letztere Ansicht ist nun nicht richtig, da weder im Wolff'schen Körper noch in den aus ihm hervorgehenden Organen quergestreifte Muskelelemente vorkommen. Ueberhaupt darf man sich das Wachstum der Tumoren nicht so darstellen, als vermehrten sich fertige Gewebe durch weitere Teilung; denn in diesem Falle müßten alle einzelnen Gewebsarten in Zusammenhang miteinander bleiben. Die genaue Untersuchung zeigt jedoch, daß in allen möglichen Regionen der Tumoren, völlig unabhändig von einander, bald die Drüsen, bald die quergestreiften Fasern, bald Knorpel, bald Fettgewebe auftauchen, und zwar sich immer herausdifferenzirend genau wie beim Embryo aus einem für unser Auge nicht als irgendwie specifisch zu definirenden Keimgewebe.

Auf Grund dieser Thatsache nimmt Verf. an, daß in den Nierenmischtumoren ein undifferenzirtes Keimgewebe wächst, aus dem sich die verschiedenen vorkommenden Elemente herausdifferenziren. Ein solches Keimgewebe läßt sich an einzelnen Stellen

der Peripherie der Tumoren gewöhnlich nachweisen an den Stellen, an denen die jüngsten Wachstumsstadien sich finden, z. B. auch in den ins Nierenbecken einwuchernden Geschwulstzotten. Dieses junge Keimgewebe gleicht einem jungen zellreichen Gewebe mit Spindelzellen und einzelnen Rundzellen. Verfolgt man im Einzelnen den Gang der Entwicklung für sich, so läßt sich constatiren, daß die rundzelligen Elemente, die zuerst untergeordnet etwa wie in einem Rundzellensarcom zusammenlagern, anfangen sich zu ordnen, indem sie, aufsitzend auf feinen bindegewebigen Septen, kleine Gruppen bilden. Die Zellen stellen sich in diesen Gruppen dann radiär, sie werden cubisch, ihr Protoplasma ordnet sich derart, daß es ein Lumen im Centrum der Gruppe umschließt, und so ist aus dem untergeordneten vermeintlichen Rundzellensarcom eine kleine epitheliale Cyste oder ein Canal geworden. Mittlerweile geht mit den Spindelzellen auch eine Veränderung vor sich: es bildet sich nämlich aus ihnen ein lockeres, einem Schleimgewebe ähnliches Stroma. Dieses Schleimgewebe grenzt sich mehr und mehr gegen die epithelialen Elemente ab, und der ganze Tumor erhält dadurch einen deutlich alveolären Bau. Dieses Schleimgewebe ist jedoch kein fertiges, normales Schleimgewebe, sondern, wie sich an seiner weiteren Differenzirungsfähigkeit zeigt, ein embryonales Zellgewebe. Denn es entstehen in dem embryonalen Schleimgewebe die verschiedensten Bindegewebsformationen: fibröses, derbes, elastisches Gewebe, glatte Musculatur, Knorpel, Fett und endlich quergestreifte Muskelfasern. Es bilden sich also in dem lockeren Stroma die ganzen Formen des Bindegewebes und dazu noch quergestreifte Elemente. Wächst nun das oben genannte Keimgewebe, während sich ein Teil der Zellen in dieser angeführten Weise differenzirt, immer als solches auch für sich weiter, so bilden sich immer wieder neue Herde mit den verschiedenen Zellformen, und die Thatsache, daß in den Mischgeschwülsten unabhängig von einander aus dem Stroma an den verschiedensten Stellen die verschiedenen heterologen Producte entstehen, wird mit dieser Annahme eines wuchernden Keimgewebes verständlich.

Was nun den Character des Keimgewebes betrifft, so gelangte Verf. auf Grund einschlägiger entwicklungsgeschichtlicher Studien zu dem Schlusse, daß es ein mesodermales Gewebe sein muß. Seine darauf bezüglichen Betrachtungen sind folgende: Nachdem beim Embryo aus dem äußeren und inneren Keimblatt das mittlere Keimblatt sich gebildet hat, gehen in diesem ganz bestimmte Differenzirungsvorgänge vor sich; und zwar bilden sich aus dem mittleren Keimblatt, je nach der Körperregion wechselnd, eine Reihe specifischer Anlagen. In der Urnierenregion entstehen aus dem mittleren Keimblatt die Ursegmente und die Seitenplatten. Aus den Seitenplatten bildet sich die Zwischenplatte oder Urnierenanlage, und endlich entstehen durch Auswanderung aus dem Ursegment Mesenchymanlagen, speciell das Sclerodern. Aus den Ursegmenten bilden sich nun alle quergestreiften Muskelfasern, aus der Zwischenplatte die Urnierenanlage und aus den Mesenchymkeimen die verschiedenen Bindegewebsarten mit Knorpel, glatter Musculatur etc. Da alle diese Organanlagen aber aus dem Mesoderm abstammen und anderer-

seits vorhin constatirt ist, daß in den Nierenmischgeschwülsten ein Keimgewebe wächst, welches ebenfalls aus dieser heraus 1. Elemente der Ursegmente, die quergestreiften Muskelfasern, 2. Elemente der Zwischenplatte und 3. die verschiedenen Entwicklungsformen des Mesenchyms, fibröses, elastisches Bindegewebe, Schleimgewebe, Fett, Knorpel und glatte Musculatur zu bilden im Stande ist, so muß man naturgemäß wegen der gleichen Differenzirungs- und Entwicklungsfähigkeiten das Keimgewebe der Tumoren den Mesodermzellen gleichsetzen. Diese Tumoren sind demnach mesodermale Geschwülste. Lubowski.

Dr. Golachowski (Charkow): **Wärmeumsatz und Gaswechsel bei Störung der Function der Nebenniere.** (Wratsch 1899, No. 35.)

Verf. machte seine Versuche an Hunden. Die Functionen der Nebenniere unterdrückte er teils nach der Methode von Kodinzew (möglichste Erschwerung des Blutabflusses und teilweise des Blutzuflusses), teils durch sorgfältige alleinige Unterbindung des Hauptabführungsgefäßes der Nebenniere, d. h. der ersten Lumbalvene vor deren Einmündung in die Vena cava inferior. Die Versuche erstrecken sich auf 12 Tiere; davon gingen 4 am 2., 3., 4. und 28. Tage nach der Operation zu Grunde; die übrigen 8, welche innerhalb der ersten 6—8 Wochen gewisse Krankheitssymptome darboten, haben sich später erholt und wurden nach $2^1/_2$—3 Monaten getötet. Es sind somit 3 Tiere zu einem Zeitpunkte zu Grunde gegangen, zu dem Tiere nach vollständiger Exstirpation der Nebenniere zu Grunde zu gehen pflegen; von dem Hunde, der 28 Tage nach der Operation gelebt hat, kann man annehmen, daß er an unaufhaltbarem Erlöschen der Nebennierenfunction litt. Von den übrigen 8 ist anzunehmen, daß bei denselben die Nebennierenfunction sich nach vorübergehender Unterdrückung wieder hergestellt hat. Das Ergebnis der Untersuchungen, welche sich auf die letzten 9 Tiere beziehen, ist folgendes:

1. Das Gewicht der operirten Tiere sank am ersten Tage nach der Operation um circa 18 pCt., nahm aber bald wieder zu und ging nach 6—8 Wochen entweder über die Norm hinaus oder blieb auf seiner Höhe mit sehr langsamer Steigerung. Das Tier, welches 28 Tage nach der Operation zu Grunde ging, nahm unaufhörlich an Körpergewicht ab und ging zu Grunde, nachdem es ca. 34 pCt. seines ursprünglichen Gewichtes eingebüßt hatte.

2. Die Wärmeproduction nahm in sämtlichen Fällen innerhalb der ersten 7—10 Tage nach der Operation um ca. 30 pCt. zu; sie sank dann etwas, ohne jedoch die ursprünglichen normalen Zahlen erreicht zu haben. In der 2.—3. Woche begann eine zweite, noch größere Steigerung sowohl der Wärmebildung wie auch der Wärmeabgabe (um ca. 50 pCt.), um gegen Ende der 4. oder 5. Woche bis zur Norm oder sogar unter dieselbe herabzusinken. Gegen Ende der 5. oder im Anfang der 6. Woche begann eine dritte bedeutende Steigerung der Wärmeproduction, die dann unter die Norm sank und seitdem nur unbedeutende Schwankungen gab.

3. Die Wärmeproduction und Wärmeabgabe gingen parallel und gaben selbst in den ausgesprochensten Fällen eine Differenz von nur 5—8 pCt. Die Wärmeregulirung konnte also trotz der allgemeinen Alteration der Production und Abgabe fast als ungestört betrachtet werden.

4. In der Kohlensäureausscheidung wurden folgende Abweichungen festgestellt: Innerhalb der ersten 7—14 Tage nach der Operation stieg die Menge der zur Ausscheidung gelangenden Kohlensäure um 50—60 pCt., sank darauf, ohne jedoch die Norm zu erreichen. Die zweite Steigerung entsprach der 3. Woche. Gegen Ende der 4. Woche wiederum Abfall, und zwar jetzt in manchen Fällen bis unter die Norm; die dritte Steigerung entsprach der 5.—6. Woche; in der 7. Woche trat in sämtlichen Fällen Abfall bis unter die Norm ein, und seitdem zeigte die Kohlensäureausscheidung nur geringe Schwankungen.

5. Die Curve der Schwankungen in der Quantität des zur Aufnahme gelangenden Sauerstoffs zeigte folgende Eigentümlichkeiten: In der ersten Woche sank die Quantität des zur Aufnahme gelangenden Sauerstoffs fast in sämtlichen Fällen bis unter die Norm, um jedoch nach zwei Wochen bis über die Norm hinaus wieder zu steigen; dann sank sie wieder, aber weniger als in der ersten Woche; von der 6. Woche steigt sie wieder, und zwar in manchen Fällen um 50 pCt. über die Norm, um hierauf wieder unter die Norm zu sinken und nicht wieder zu steigen.

6. Die Nahrung blieb auf die oben geschilderten Erscheinungen ohne Einfluß.

7. Bei manchen Tieren wurden Erscheinungen von Seiten des Nervensystems (Anästhesie, Hyperästhesie, trophische Störungen), sowie auch Durchfälle beobachtet.

8. Die Temperatur der operirten Tiere stieg etwas nach der Operation, um dann wieder zu sinken und dauernd unter der Norm zu bleiben.

Unterdrückung der Function der Nebennieren bewirkt also eine tiefe Störung der wichtigsten Lebensvorgänge: Wärmeproduction, Wärmeabgabe und Gaswechsel weichen in stark auffallender Weise von der Norm ab, indem sie wellenförmige fieberhafte Steigerungen zeigen. Lubowski.

Dr. Róna (Budapest): **Beitrag zur Frage der syphilitischen und tuberculösen Degeneration der Nebennieren.** (Ung. med. Presse 1899, No. 32—33.)

Syphilitische Veränderungen sind in den Nebennieren selten zu finden. Verf. glaubt in einem Fall, der einen 38jährigen, mit frischer Lues behafteten, an Erysipel und croupöser Pneumonie zu Grunde gegangenen Patienten betraf, bei der Section Syphilis der Nebennieren gefunden zu haben, ohne jedoch für die Richtigkeit dieser Annahme bürgen zu können. Wie überhaupt, so war es auch in diesem Fall unmöglich, die Eventualität einer tuberculösen Affection der Nebennieren auszuschließen, mit der die syphilitische bekanntlich sehr große Aehnlichkeit hat.

Was die Tuberculose betrifft, so unterscheidet man in den Nebennieren

zwei Formen von Tuberculose, und zwar die acute miliare Tuberculose, die seltener ist, und die mit Granulationsbildung, schnellerer Verkäsung einhergehende chronische tuberculöse Entzündung. Am auffallendsten ist bei der Tuberculose der Nebennieren die schnelle Bildung der Tuberkeln, deren Confluirung und hochgradige Verkäsung, wodurch die ganze Nebenniere zu einer käsigen Masse werden kann. Die Erklärung für diesen eigentümlich schnellen Verlauf giebt der hohe Gefäßreichtum des Organs; andererseits bildet ein wesentliches Moment der directe Zusammenhang der Zellen der Parenchyminseln mit den Capillaren, wodurch die Endothelzellen der Capillaren directe Nachbarn der Parenchymzellen werden. In diesem ungemein geräumigen Netz circulirt das Blut langsamer, das hierher gelangte Virus hat genügend Gelegenheit, sich anzusiedeln, andererseits kann der einmal begonnene Proceß in Folge der oben erwähnten Verhältnisse zwischen Parenchym und Gefäßen sich rasch weiter verbreiten. Es ist wahrscheinlich, daß dieses geräumige System durch die Vena suprarenalis direct mit der Vena cava inf. in Zusammenhang steht, und so leicht eine allgemeine Infection von den Nebennieren entstehen kann, wie dies ein vom Verf. beobachteter Fall zeigt, wo allgemeine miliare Tuberculose von dem käsigen Herd in den Nebennieren aus entstand

Was den Beginn der Tuberculose in den Nebennieren anbelangt, so herrschen darüber Controversen. Es scheint am wahrscheinlichsten, daß die Tuberculose dort beginnt, wo zur Ansiedelung des Virus die günstigsten Momente bestehen, sei nun dies in der Marksubstanz oder in der Rinde. Die Tuberculose der Nebennieren geht meist mit der Tuberculose anderer Organe — als secundäre Stelle der Krankheit — einher. Es giebt wenig Fälle, wo außer den Nebennieren nicht auch anderswo im Organismus Tuberculose gefunden worden wäre. Auch das ist nicht häufig, daß der Ausgangspunkt des Processes von den Nebennieren her evident ist. Der Proceß kann ferner nur einseitig vorkommen, doch weit häufiger kommt er doppelseitig vor. Viele haben in den tuberculösen Nebennieren Tuberkelbacillen nachgewiesen, dem Verf. ist dies nur in einem einzigen Fall gelungen. Von der eigentlichen tuberculösen Degeneration ist jener Zustand der Nebennieren zu unterscheiden, den einzelne Autoren bei ausgebreiteter Tuberculose fanden und der dem Bilde der chronischen interstitiellen Entzündung entspricht. Lohnstein.

Dr. Harbitz: **Hypernephromata.** (Norsk. Mag. f. Laegevidensk., Mai 1899. Ref. nach British Med. Journal, 8. Juli 1899.)

Bekanntlich hat Grawitz im Jahre 1883 die Hypothese aufgestellt, daß manche als Adenome und Lipome beschriebenen Tumoren der Nieren wahrscheinlich in die Nieren eingewanderte Ueberreste der Nebennieren seien, und meint, daß auch manche der bösartigen Nierentumoren denselben Ursprung haben können. Verf. stimmt mit der Ansicht Grawitz' überein und acceptirt für derartige Geschwülste die von Birch-Hirschfeld vorgeschlagene Bezeichnung „Hypernephromata“. Er berichtet über 22 Fälle

von Neubildungen der Nieren und Nebennieren, darunter über vier Fälle, in denen bei der Section zufällig kleine gutartige Tumoren der Niere mit typischer Structur der Nebenniere entdeckt worden sind. Die Geschwülste waren entweder ausschließlich in der Nierenrinde oder auch in der Nebenniere localisirt. In acht Fällen handelte es sich um bösartige Tumoren der Niere, die wahrscheinlich gleichfalls von der Nebenniere ausgingen; sie stammten alle von Personen, die über 40 Jahre alt waren, die meisten Fälle betrafen Männer. Diese bösartigen Hypernephromata befanden sich entweder an der Oberfläche der Niere oder in kleinen Concavitäten derselben: sie waren scharf abgegrenzt von der Umgebung, von gelblicher Farbe, reich an Fett und Blutgefäßen, sie zeigten deutliche Tendenz zur regressiven Metarmorphose, sowie auf die Venenstämme überzugehen. Unter dem Mikroskop zeigten sie homogene Structur, das Gerüst bestand aus vascularisirtem Bindegewebe, das Parenchym bildeten unregelmäßige Massen von länglichen polygonalen und durchsichtigen Zellen, die mit denen des Nierenepithels nichts Gemeinsames hatten. Lubowski.

IX. Technisches.

Ramon Guitéras (New-York): **A grooved Perineal Cannula to be used as a guide in Performing Perineal Sections in Cases of Urethral Obstruction.** (Medical Record, 1. Juli 1899.)

Verf. hat sein vor mehreren Jahren angegebenes Instrument, welches im Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases (Mai 1897) genau beschrieben ist, nochmals verbessert, indem er die Länge der einzelnen Teile vergrößerte. Seine Anwendung empfiehlt sich, wenn es schwierig ist, auf dem perinealen Wege bei der Sectio mediana die Blase zu erreichen. Als Indicationen ergeben sich daher: 1. Fälle von impermeabler Strictur, complicirt mit Retention, die eine sofortige Radicaloperation erheischen, 2. Ruptur der Urethra, 3. Harnextravasation, 4. ausgedehnter Harnabsceß, 5. Dammphlegmone. Auch dürfte seine Anwendung von Nutzen sein, um einen event. Absceß der Prostata zu erforschen, um eine Hydrocele oder die Blase zu punctiren etc. G. giebt weiter die Technik des Verfahrens an, dessen Beschreibung eine genaue Kenntnis des Instruments voraussetzt und hier daher fortfallen muß. Informirende Zeichnungen sind dem Aufsatz beigegeben. Die Durchführbarkeit und Nützlichkeit hat sich dem Verfasser in mehreren Fällen erwiesen; Krankengeschichten fehlen.

Blanck (Potsdam).

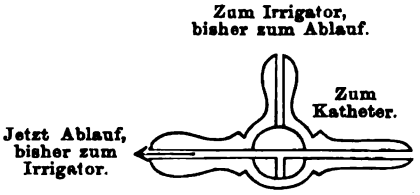
Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Zur Blasenspülung.

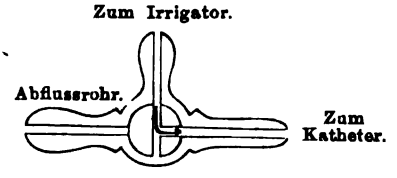
Von

Dr. **Roerig**, Hannover.

Man hat am Dittel'schen Doppelhahn mit Recht ausgesetzt, daß der ausfließende Blaseninhalt durch Schleim und Eiter deshalb die Bohrungen des Hahnes stark verunreinigen müsse, weil das Absetzen der Urinbeimengungen durch den rechtwinklig gekrümmten Weg besonders begünstigt werde, daß ferner ein Reinhalten durch das gebogene Ausflußrohr und die winklige Stellung der Hahndurchbohrung unmöglich gemacht werde.



A. Stellung des Hahnes beim Abfließen des Blasen-Inhaltes.



B. Stellung des Hahnes beim Zufließen aus dem Irrigator.

Auf die einfachste Weise sind diese Uebelstände zu beseitigen. Verbindet man nämlich den Irrigatorschlauch mit dem zum Abfluß bestimmten Rohr des Doppelhahnes, so muß die reine, zum Spülen bestimmte Flüssigkeit des Irrigators den rechtwinkligen Weg zur Blase machen, kann also, weil rein, den Winkel der Hahnbohrung nicht verunreinigen (siehe Abbildung B), der Blaseninhalt aber fließt in gerader Richtung (siehe Abbildung A) durch den Hahn ab, ist also weniger im Stande, sich festzusetzen.

Sind die Bohrungen des Hahnes ferner so weit, daß man mit einem, dem Tassenbürstchen ähnlichen Instrument hindurchfahren kann — zu dem Zweck muß das Ausflußrohr gerade bleiben —, so sind Uebelstände eines Instruments beseitigt, das für manche Fälle, namentlich bei der doch nie ganz zu umgehenden Selbstbehandlung der alten Prostatiker, kaum zu entbehren ist.

Jeder Doppelhahn lässt sich durch die Befestigung des Irrigatorschlauches, wie beschrieben, in dieser neuen Weise gebrauchen, in heißem Wasser das gebogene Ausflußrohr gerade biegen. Freilich sind sehr dünne Durchbohrungen, die überhaupt unpractisch sind, schwer zu reinigen.

Doppelhähne mit neuer Anordnung der kolbigen und conischen Rohrenden und geradem, kurzem Ausflußrohr hat Herr L. Bertram, Hannover, Theaterplatz 13, nach meinen Angaben hergestellt.

Referate.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

Affectionen, bei denen ein grösserer Abschnitt des Urogenital-Apparates beteiligt ist.

Dr. Ströhmberg (Dorpat): **Die Prostitution. Ein Beitrag zur öffentlichen Sexualhygiene und zur staatlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.** (Eine social-medicinische Studie. Ferdinand Enke, Stuttgart 1899.)

Die Syphilis mit ihren schleichenden Wirkungen, welche der Volksgesundheit viel mehr Schaden zufügen, als die Pest, die Cholera und die Diphtherie, haben seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts die öffentliche Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. Die wichtigsten Fortschritte in der Erkenntnis der deletären Wirkungen der Syphilis brachten jedoch erst die letzten Jahrzehnte des zu Ende gehenden Jahrhunderts. Die Pariser Academie erkannte die Bedeutung der Syphilis für die Frankreich drohende Entvölkerung und wählte die bekannte Commission zur Bearbeitung von Reformvorschlägen bezüglich der zum Schutz gegen die Syphilis erforderlichen öffentlichen Prophylaxe. Inter- und intranationale Congresse und Conferenzen, wissenschaftliche Gesellschaften und eine große Litteratur haben sich außerdem mit den Gefahren der Syphilis beschäftigt und festgestellt, daß die Prostitution die Grundursache der Verbreitung dieser Seuche ist. Zu einem befriedigenden Erfolg im Kampf gegen die Schäden der Prostitution ist man noch nicht gekommen, nach Verf. hauptsächlich wohl deshalb, weil

die Ansichten in der Prostitutionsfrage, die in Folge der Specialisirung der Wissenschaften in unserem Zeitalter von verschiedensten, einander widersprechenden Gesichtspunkten betrachtet wird, sich zumeist diametral einander gegenüber stehen. Verf. ist der Ansicht, daß eine erfolgreiche Bekämpfung der Schäden der Prostitution möglich sein würde, wenn die gegenwärtig in verschiedener Richtung auseinander gehenden Meinungen mit dem Fortschreiten der biologischen und anthropologischen Forschung sich wieder einigen würden. Bei der Abfassung seines Buches hatte Verf. die für Brüssel anberaumte (jetzt schon stattgehabte) internationale Conferenz zur Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten im Auge und war bestrebt, auf die von dieser Conferenz aufgestellten Fragen zeitgemäße Antworten zu geben. Das Buch ist in Folge dessen nicht nur für Aerzte bestimmt. Jeder gebildete Mensch, der sich für diese, in das Volkswohl so tief eingreifende Frage interessirt, wird in den durch keine Tendenz gefärbten, auf biologischer und anthropologischer Forschung basirenden Auseinandersetzungen des Verfassers reichliche und klare Belehrung finden. Es wäre erwünscht, daß namentlich diejenigen Organe, welche bei der Ein- und Durchführung der gegen die Schäden der Prostitution gerichteten Maßnahmen in Betracht kommen, von dem Werk des Verfassers Kenntnis nähmen.

Das ebenso sachlich wie anregend geschriebene Buch besteht aus 12 Capiteln, deren Ueberschriften schon einen Einblick in seinen Inhalt gestatten Sie lauten: I. Die biologische Bedeutung der Prostitution. II. Die Beeinflussung der Prostitution durch die jeweiligen Sitten. III. Die Nachfrage nach der Prostitution. IV. Der Typus der Prostituirten. V. Die Gelegenheitsursachen der Prostitution VI. Das Schicksal der Prostituirten. VII. Der Kampf gegen die Prostitution. VIII. Die Notwendigkeit der staatlichen Controle der Prostitution. IX. Der Nutzen der bisher üblichen Controlsysteme. X. Mängel der Controle und der Anschauungen über dieselbe. XI. Notwendige und durchführbare Verbesserung der bestehenden Controle. Im XII. Capitel giebt Verf. einige zusammenfassende Schlußbemerkungen, welche wir wegen der Wichtigkeit des Themas im Nachfolgenden wiedergeben.

In der gegenwärtigen Culturepoche basirt die europäische Civilisation auf der rechtlichen Anerkennung der Monogamie. Diese basirt auf der Frauenkeuschheit und gewährt derselben den notwendigen Schutz. Durch tiefbegründete anthropologische Ursachen gehört die Frauenkeuschheit zum unveräußerlichen und durch viele Generationen gefestigten Inhalt der weiblichen Psyche. Die Männerkeuschheit scheint in einer sehr allmählichen Entwicklung begriffen zu sein und hat sich bis auf unsere Zeit in viel geringerem Maße als die Frauenkeuschheit gefestigt, weshalb sich beim Mann auch in der heutigen Culturepoche überall noch die polygynischen Neigungen geltend machen. Die Beobachtungen an dem kleinen Dorpater Prostitutionsmaterial bestätigen die volle Giltigkeit der großen Lombrososchen Lehre von dem Zusammenhang zwischen Degeneration, Verbrechen und Prostitution.

Wie die Prostitution, als Gesamterscheinung betrachtet, eine Degenerationserscheinung der Menschheit darstellt, teils mit atavistischen Symptomen, teils durch Alkoholismus, Syphilis und andere degenerirende Einflüsse bedingt, so erscheinen auch die einzelnen Prostituirten als degenerirte Individuen. Unter diesen degenerirten Individuen, bei welchen genau wie bei allen anderen Degeneranten durch den psychischen Defect bedingte Arbeitsunlust ein hervorragendes Symptom ist, lassen sich die zwei großen Gruppen der Indolenten und Activen oder Aggressiven unterscheiden. Die letzteren zerfallen in die bei Weitem zahlreichere Gruppe der activen Criminellen und in die der Zahl nach unbedeutende Gruppe der activen Nichtcriminellen Außer anderen moralischen Fähigkeiten ist ihnen allen die Fähigkeit der Aneignung des Begriffs der Frauenkeuschheit verloren gegangen, wodurch die tiefe Kluft entsteht, welche diese degenerirten Individuen von den normalen Frauen trennt. So lange die Männerkeuschheit eine unvollkommene bleiben wird, werden die derartig degenerirten Weiber durch Ausbeutung dieser Unvollkommenheit der Männer ihr Leben fristen und diese Art der Beschaffung des Lebensunterhalts als ein veritables Gewerbe betrachten. Je nach den Characterunterschieden der einzelnen Prostituirten und je nach der üblichen Form der Nachfrage verteilt sich ein Teil in den verschiedenen Winkeln einer Stadt, während ein anderer Teil in Wirtschaften zusammen wohnt. Auf Grund der Unheilbarkeit angeborener Defecte sind die geborenen Prostituirten unverbesserlich, und weil die Formen der Lebensäußerungen der Prostitution ihre tiefe organische Begründung haben, so sind sie durch künstliche Maßregeln nicht aus der Welt zu schaffen, wie die fruchtlosen Versuche der vollen Unterdrückung der Prostitution und der teilweisen Unterdrückung, sei es der Bordelle, sei es der sog. Winkelprostitution, bewiesen haben. Ein solches Urteil kann hart erscheinen, und doch ist es nicht härter als die Constatirung der Thatsache, daß die auf degenerativer Anlage beruhenden Geisteskrankheiten unheilbar sind. Die geschichtlich nachweisbare Zunahme der Bedeutung der sexuellen Sittlichkeit berechtigt zu der Hoffnung einer allmählichen Zunahme der Männerkeuschheit und einer dem entsprechenden allmählichen Abnahme der Prostitution. In absehbarer Zeit ist aber weder ein voller Triumph der ersteren, noch ein gänzliches Aufhören der letzteren zu erwarten.

Wie es ein vergebliches Bemühen wäre, einen unheilbaren Geisteskranken zur Vernunft bringen zu wollen, ebenso wenig Erfolg versprechend erscheinen alle die Maßnahmen gegen die Prostitution, welche den zwischen dem normalen Weibe und den Prostituirten bestehenden Unterschied ignoriren und von der irrigen Voraussetzung der Besserungsfähigkeit der letzteren ausgehen. Gleich wie der Staat den Schaden zu verhindern sucht, den unheilbare Geisteskranke verursachen können, ohne in diesen deshalb strafwürdige Verbrecher zu sehen, tritt er auch den großen sanitären Gefahren der Prostitution entgegen ohne ihre Freiheit mehr einzuschränken, als es zur Vermeidung der Störung des öffent-

lichen Anstandes durch die Prostituirten und zur Bekämpfung ihrer sanitären Gefahren für die Bevölkerung erforderlich ist. Dieser Standpunkt ist human und zugleich der einzige, der zu practischen Erfolgen führen kann.

Jegliche Abweichung von diesem humanen und practischen Standpunkt nach dieser oder jener Richtung hin gefährdet den Erfolg der zu ergreifenden Maßregeln und damit zugleich die Volksgesundheit.

Von diesem Standpunkt ausgehend, beantwortet Verf. die sechs Fragen der Brüsseler Conferenz in dem Sinne des von ihm vertretenen humanen und practischen Princips. Für alles Nähere müssen wir auf das sehr interessante Original verweisen. Casper.

H. Hallopeau: **Sur la lutte contre la propagation a masculo des maladies vénériennes.** (Ann. de derm. et de syph. 1899, No. 8—9.)

H. will in jeder Werkstätte, in jedem großen Kaufhaus, auf allen Aemtern, in allen Wirtshäusern und an den Mauern in den Gemeinden den Anschlag angebracht wissen: „Jede Person, welche an einer ansteckenden Krankheit leidet, soll sofort einen Arzt zu Rate ziehen und jede Berührung mit anderen Personen vermeiden.“ Er hofft hierdurch einen moralischen Druck auf die ansteckungsfähigen Individuen auszuüben. Zweitens soll ärztliche Hilfe allen Geschlechtskranken leichter zugänglich gemacht werden, indem geeignete, mit allen Mitteln ausgestattete Aerzte in jedem Krankenhaus und auf jedem Ambulatorium angestellt werden. Zudem sollen in allen Hospitälern Abteilungen für Geschlechtskranke geschaffen werden. Schließlich soll die Behandlung möglichst persönlich vom Arzt ausgeführt, die Medicamente unentgeltlich geliefert und die Infectionsquelle möglichst zerstört werden. Zu letzterem Zweck sollen alle excidirbaren Schanker herausgeschnitten und die übrigen, sowie die Plaques muqueuses unter Cocainanästhesie mit Hydrargyrum nitricum geätzt werden. H. betont, daß alsdann einfache, nicht mehr infectiöse Wunden entstehen. (Der Einspruch gegen eine solche Lehre muß nach Ansicht des Referenten ein um so ernsterer sein, als dieselbe von so autoritativer Seite ausgeht. Ref. hat nach Excision der Ulcera dura in großer Ausdehnung immer wieder harte Narben erhalten. Daß solche Narben, denen Secundärsymptome fast immer folgen, kein Virus mehr enthalten sollten, ist mehr als unwahrscheinlich.

Dreyer (Köln).

R. F. Amyx (St. Louis): **Antinosine in the Treatment of Enuresis, Cystitis and Urethritis.** (The New York Medical Journal, 3. Juni 1899.)

An drei Kranken hat A. die günstige Wirkung des Antinosin erprobt. Der erste litt an einer chronischen Urethritis, die mit Cystitis und Harnträufeln complicirt war; weder innere Mittel, noch Spülungen mit Argent. nitric. und Kal. hypermang. hatten Erfolg. Erst durch mehrwöchige

Spülungen mit einer 2proc. Antinosinlösung wurde der Patient geheilt. Im zweiten Fall war im Anschluß an die externe Urethrotomie wegen Stricturen der Pars membranacea eine Cystitis aufgetreten, welche nach zwölftägiger Spülung mit 2proc. Lösung des Mittels verschwand. Bei dem dritten Kranken, der an Harnröhrenstricturen und Prostatahypertrophie, verbunden mit Cystitis und chronischer interstitieller Nephritis, litt, hatten die Spülungen nur einen ganz vorübergehenden Erfolg. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist das Antinosin ein ungiftiges, nicht reizendes, schnell wirkendes Mittel, dessen Anwendung empfohlen wird. Blanck (Potsdam).

Ramon Guitéras: **Retention of Urine.** (The New York Medical Journal, 20. und 27. Mai 1899.)

In der ausführlichen Abhandlung bespricht G. Definition, Ursachen, Symptome, Diagnose und Behandlung der Urinverhaltung. Die Arbeit giebt dem mit dem Thema vertrauten Arzte nur bekannte Dinge wieder, immerhin ist sie wegen der zusammenfassenden Schilderung und fließenden Sprache lesenswert. Ueber die Behandlung der Urinretention differiren in einigen unwesentlichen Punkten die Ansichten der Autoren. Verf. verfährt bei sehr engen Stricturen, die 5—6½" vom Meatus ext. entfernt liegen und häufig Urinretention bedingen, in der Weise, daß er zunächst die Urethrotomia interna und im Anschluß daran sofort die externa macht. Bei Prostatahypertrophie empfiehlt sich zur Radicalbehandlung die Bottini'sche Operation. Der Katheterismus bei Harnverhaltung erfordert vor Allem ein aseptisches Operiren; G. desinficirt die Katheter mit Paraform, das mit Schering's Formalinsterilisator verdampft wird; eine 5 Gran-Pastille tötet in 10 Minuten die pathogenen Bacterien. Mit der Beseitigung der Urinretention ist das dankbare Eingreifen des Arztes noch nicht erledigt; die Folgezustände, die Entzündung und Atonie der Blase, erfordern häufig noch eine längere entsprechende Behandlung. Blanck (Potsdam).

II. Harn und Stoffwechsel — Diabetes.

E. C. van Leersum: **Een met het wit van kippenei vervalschte urine.** (Weekblad van het Nederlandsch tijdschrift voor Geneeskunde, 9. September 1899.)

Der fragliche Urin enthielt eine gelée-artige oder schleimige Masse, die sich anfangs am Gefäßboden, später mit dem Urin absetzte. Die Centrifuge ergab ein Sediment, das keine characteristischen Formelemente enthielt, dagegen Fäden von äußerst feiner, Schleimfäden gleichender, fibrillärer Structur. Vorsichtig auf Salpetersäure geschichtet, bildete sich ein dicker weißer Ring, der sich von dem bekannten Heller'schen Ring durch seine großflockige Beschaffenheit unterschied und mit schleimig-eitrigem Sputum große Aehnlichkeit hatte.

Die Kochprobe ergab ein großes Coagulum, das an der Wand des Reagensglases haftete. Stokvis hatte nachgewiesen, daß, wenn man bei Kaninchen, Hunden u. s. w. unverdünntes Hühnereiweiß unter die Haut spritzt, nach einigen Stunden eine beträchtliche Menge Eiweiß im Urin auftritt, die sich bei der Salpetersäureprobe im Ueberschuß der Säure nicht auflöste. Diese hier angestellte Probe ergab gleichfalls nicht auflösbares Eiweiß. Obwohl auch eine mit dem Katheter entnommene Probe Eiweiß ergab, mußte an der Diagnose „Hühnereiweiß" festgehalten werden, zumal da in einer Periode scharfer Beobachtung der Urin eiweißfrei war. Dreyer (Köln).

Mercier et Mean: **De la peptonurie dans la grossesse et le post partum.** (Le progrès médical 1899, No. 28.)

Bei schwangeren, albuminurischen, aber nicht eclamptischen Frauen ist die Peptonurie constant, wenn man in Essigsäure lösliches Eiweiß und Serumalbumin findet. Im Verlauf der puerperalen Eclampsie ist die Peptonurie eine regelmäßig beobachtete Erscheinung. Die Peptonurie ist kein Zeichen des Todes des Fötus, ebenso ist sie nicht die Ursache für Aborte. Man findet die Peptonurie in den Fällen von mütterlicher Syphilis, bei welcher es zum Abort kommt; sie ist aber kein Zeichen für die mütterliche Syphilis. Auf Grund des constanten Vorkommens der Peptonurie bei der puerperalen Eclampsie kann man annehmen, daß die Peptonurie hepatischen Ursprungs ist. Immerwahr (Berlin).

Dr. Schaper: **Zur Frage der Verwertung der Diazoreaction als prognostisches Hilfsmittel bei der Beurteilung der Phthisis pulmonum.** (Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Charitéärzte am 9. März 1899. Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 36.)

Vortr. gelangte auf Grund seiner Beobachtungen hinsichtlich des Auftretens der Diazoreaction bei Phthisikern zu demselben Standpunkte, den schon Ehrlich vor 16 Jahren eingenommen hat. Die Diazoreaction ist bei den tuberculösen Kranken als ein höchst beachtenswertes Warnungszeichen aufzufassen, aber nicht als ein sicheres prognostisches Merkmal.
Lohnstein.

Dr. Blumenthal: **Ueber die klinische Bedeutung einiger Fäulnisproducte im Harn.** (Vortrag in der Gesellschaft der Charitéärzte am 27. April 1899. Berl. klin. Wochenschr. 1899, No. 38.)

Indican und Phenolbestimmungen allein geben keinen genügenden Aufschluß über die Darmfäulnis. Die Methode der Aetherschwefelsäure-Bestimmung bedeutet einen großen Fortschritt. Hierbei ist das Verhältnis der Gesamtschwefelsäure zur gepaarten weniger maßgebend als die absolute Menge der gepaarten Schwefelsäure. Aber auch die Bestimmung der Aetherschwefelsäuren giebt nicht immer genügenden Aufschluß über die bacteriellen Processe im Organismus. Die Zersetzung der Kohlehydrate kommt hierbei

gar nicht zum Ausdruck. Ferner giebt es pathologisch wichtige Bacterien, die gar nicht aus Eiweiß Phenol, Indol etc. bilden, die doch besonders als Schwefelsäure ausgeschieden werden, wie Typhusbacillen und Streptokokken. Weiter erscheint ein Teil des Indols und Phenols gar nicht im Harn als Schwefelsäure, sondern als Glykuronsäure. Die Bestimmung der Aetherschwefelsäure macht also nicht einmal eine Indigo- oder eine Phenol-Bestimmung unnötig, da keine Beziehungen in der Ausscheidung dieser Körper unter einander und mit den Aetherschwefelsäuren zu bestehen scheinen. Deshalb wurde als Maßstab für die bacterielle Eiweißzersetzung zugleich bestimmt: das Indican, das Phenol, die Aetherschwefelsäuren, die Summe der aromatischen Oxysäuren und der Hippursäure, sowie die aromatischen Oxysäuren allein und die Scatolcarbonsäure. Dabei war aber die Kohlehydratzersetzung noch nicht berücksichtigt. Als Producte der Kohlehydratgährung treten im Harn nur die flüchtigen Fettsäuren auf; dieselben können aber auch aus Eiweiß gebildet und beim Gesunden selbst als Maßstab für die Kohlehydratgährung angesehen werden. Dagegen war die Ausscheidung der flüchtigen Fettsäuren im Fieber verringert. Nur bei starken Fäulnisprocessen im Organismus (jauchige Peritonitis, abscedirende Angina) oder im Darm (Icterus) waren sie vermehrt. Bei Inanitionszuständen (Tuberculose) meist vermindert. Ausgeschieden wurden fast stets nur Fettsäuren von niedrigem Moleculargewicht; nur in zwei Fällen (Darmperforation bei Typhus und Erysipel) waren solche von hohem Moleculargewicht vorhanden. Die Phenolbestimmung kann eine große diagnostische und prognostische Bedeutung haben. So ist bei Typhus die Phenolausscheidung gering, bei tuberculöser Meningitis stark. Der Verdacht auf Peritonitis kann durch eine große Phenolausscheidung bestätigt werden. Abscesse, Diphtheritis, Erysipel, Scharlach zeigen fast stets Vermehrung des Phenols, ebenso schwere Tuberculose, namentlich solche mit Darmprocessen. In den letzteren Fällen findet man zugleich eine starke Indicanausscheidung. Das starke Auftreten dieser beiden Reactionen bei Phthise dürfte einen Verdacht auf Darmtuberculose oder stärkere Zersetzungen in den Cavernen befestigen. Die Bildung des Phenols findet also statt im Darm oder bei stagnirenden Zersetzungen im Organismus. Für Erysipel, Scharlach etc. reichen diese Erklärungen nicht aus. Hier handelt es sich wahrscheinlich nicht um eine stärkere Bildung, sondern um eine verminderte Oxydation des Phenols. Nach Schmiedeberg wird Phenol zu Hydrochinon und Brenzkatechin oxydirt. Diese Oxydation scheint im Fieber häufig verringert zu sein, daher eine vermehrte Phenolausscheidung bei normaler Aetherschwefelsäuremenge, da nunmehr verringerte Hydrochinon- und Brenzkatechinausscheidung vorhanden ist. Vermehrtes Indican ohne Vermehrung des Phenols fand B. nur bei einigen Darmkrankheiten, Vermehrung beider sowohl bei Darmkrankheiten, auch namentlich bei Fäulnisprocessen im Organismus. Phenolvermehrung allein deutet auf bacterielle Processe ohne Fäulnis hin. Eine Vermehrung der Scatolcarbonsäure fand Verf. bei Abscessen, Peritonitis und namentlich Pneumonie, dagegen bei Darmcatarrhen nicht. Lohnstein.

Dr. E. Schreiber (Göttingen): **Ueber die Harnsäure unter physiologischen und pathologischen Bedingungen.** (Ferd. Enke, Stuttgart 1899.)

Die Arbeiten, welche die Harnsäure berühren, berücksichtigen je nach dem von ihnen verfolgten Zweck gewöhnlich nur irgend eine Seite, die chemische, physiologische oder pathologische derselben. Eine zusammenfassende Gesamtdarstellung der heutigen Kenntnisse der Harnsäurefrage, die bis dato gefehlt hat, wird nun vom Verf., einem Schüler Ebstein's, gegeben, welchem letzteren die 116 Seiten starke Monographie auch gewidmet ist. Der Abhandlung liegen sowohl eigene, unter Oberleitung Ebstein's ausgeführte Untersuchungen, wie auch das Studium der einschlägigen Litteratur zu Grunde. Bezüglich der Ausscheidung der Harnsäure hat Verf. nur diejenigen Resultate verwertet, die nach der von Ludwig und Salkowski angegebenen Methode gewonnen sind, welche Methode er auch bei seinen eigenen Untersuchungen ausschließlich benutzt hat und die nach seiner Ueberzeugung heute als die einzige zuverlässige angesehen werden muß.

Die Monographie, welche eine vollständig erschöpfende allseitige Darstellung der Verhältnisse der Harnsäure giebt, besteht aus folgenden vier Capiteln: Chemie, Vorkommen und Ausscheidung, Bildung und Pathologie der Harnsäure. Den Schluß bildet ein Autoren- und Sachregister.

Casper.

William Bain (London): **The solvent Action of certain British and foreign Mineral Waters on the Biurate of Sodium.** (The British Medical Journal, 10. Juni 1899.)

Nach Experimenten von Roberts und Luff verringert sich die Löslichkeit der Harnsäure im Blut und im destillirten Wasser mit dem Gehalt desselben an Natronsalzen. In Folge dessen müssten die Mineralwässer mit dem geringsten Natrongehalt für die Behandlung der Gicht am geeignetsten sein. Luff hat eine Liste dieser Mineralwässer aufgestellt. Verf. sucht nun durch Experimente die Richtigkeit derselben nachzuprüfen. Zunächst wurde die Löslichkeit der Harnsäure in 100 ccm destillirten Wassers bei einer Temperatur von 38° C. festgelegt und dann dieselbe in destillirtem Wasser mit einem Zusatz von 1 pCt. der verschiedenen Mineralwässer. Durch Schütteln löste sich in 5 Stunden ebenso viel Harnsäure, als in der Ruhe in 93 Stunden. In einer zweiten Versuchsreihe wurde die Löslichkeit der Harnsäure in 100 ccm künstlichen Blutserums und in künstlichem Blutserum mit einem 1proc. Zusatz der Mineralwässer (bei 38° C.) geprüft. Die Differenzen waren bei den verschiedenen Mineralwässern minimale, sie sind nicht notwendig durch den Procentgehalt derselben an Natron bedingt. Es wäre falsch, wollte man die Schlüsse, die aus den Versuchen resultiren, direct auf's Blut des lebenden Menschen übertragen, dazu ist die Anwendung des supponirten Harnsäurelösungsmittels beim Menschen erforderlich.

Blanck (Potsdam).

Krogius: **Einige Bemerkungen über die Bacteriurie.** (Centralblatt f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 8.)

Rovsing: **Erwiderung auf die Bemerkungen von Dr. Krogius über die Bacteriurie.** (Centralbl. f. Harn- u. Sexualorg. 1899, No. 8.)

In Vorstehendem discutiren die Verff. wiederum einmal ihren Standpunkt in der Bacteriuriefrage, ohne einander Concessionen zu machen, und somit bleibt die Angelegenheit in ihrer bisherigen Lage.

Stockmann (Königsberg i. Pr.).

Dr. Odom: **Drei Fälle von erfolgreich mit Chinin behandelter Malaria-Hämaturie.** (New Orleans Med. and Surg. Journ. 1899, No. 12. Ref. nach Deutsche Med.-Ztg. 1899, No. 65.)

Die Fälle betrafen ein 14jähriges Mädchen, einen 35jährigen Mann und eine 25jährige Frau. Die Malariaattaken bestanden bei Allen erst kurze Zeit. Unmittelbar nach einem Anfall zeigte sich eine blutige Färbung des Urins, die bald intensiver wurde und an die sich in den letzteren beiden Fällen Blutbrechen, Icterus, hochgradige Körperschwäche, Vermehrung der Puls- und Verringerung der Atemfrequenz anschlossen. Verf. verabfolgte 3—5 g Chinin. sulf. pro die, entsprechend verteilt, außerdem noch je nach den Indicationen Opiate, Digitalis, Calomel u. s. w., sowie eine stimulirende Diät. Die Hämaturie war im ersten Fall nach fünf Tagen, im zweiten nach acht und im dritten nach 12 Tagen vollkommen geschwunden. Gleichzeitig war auch der Malariaanfall beseitigt. Die Hämaturie muß in allen drei Fällen als ein Ausdruck einer perniciösen Malariaform angesehen werden, in Anbetracht dessen die prompte Wirkung des Chinins um so bemerkenswerter ist.

Lubowski.

Dr. Hermann Schneider (Heidelberg): **Zur Bedeutung der Bremer'schen Probe (Anilinfarbenreaction des Blutes) bei Diabetes.** (Münchener med. Wochenschrift 1899, No. 25.)

Verf. geht von den Versuchen Bremer's aus, der nachwies, daß Blut von Zuckerkranken gewissen Anilinfarben gegenüber ein anderes tinctorielles Verhalten zeigt, als normales Blut. Die Bremer'sche Probe wird in der Weise ausgeführt, daß Blut auf Objectträgern ausgestrichen, im Brütschrank 6 Minuten auf 135° erhitzt und dann 3 Minuten mit einer 1proc. wässerigen Lösung von Methylenblau, Eosin, Congorot u. s. w. gefärbt wird. Zuckerhaltiges Blut zeigt sich alsdann schwächer gefärbt als normales, ein Verhalten, das als positiver Ausfall der Probe bezeichnet wird. Während Bremer und sein Nachprüfer Loewy sich einer Deutung ihrer Versuche enthielten, haben andere Autoren, die überdies durch verschiedene Modificationen zu verschiedenen, oft variirenden Resultaten gelangten, eine Erklärung zu geben gesucht. Mürie und Le Goff nahmen eine Entartung der Blutkörperchen, Hartwig eine Entartung des Hämoglobins bei Diabetes

an; Nardi, Futscher, Mori, Patella dachten an eine einfache Zuckerreaction, Lépine, Lyonnet, Eichner, Völkel an eine Herabsetzung der Alkalescenz des Blutes bei Diabetes. Schneider sucht der Deutung der Bremer'schen Probe nun auf einem anderen Wege näher zu treten. Er geht von der Angabe Bremer's aus, daß diabetischer Harn normales Blut so verändert, daß es sich diabetischem Blut gleich verhält, während normaler Harn derartige Fähigkeiten nicht besitzt. Da man dem Harn leichter Säuren und Alkalien zusetzen, Zucker eliminiren kann, als beim Blute, sieht Verf. sich in der Möglichkeit, seine Versuche viel mehr zu variiren, als seine Vorgänger. Er modificirt die Bremer'sche Probe in der Art, daß er die fixirten und auf 135° erhitzten Objectträger-Blutpräparate nach der Abkühlung 10 bis 15 Minuten in dem betreffenden Harn schwimmen läßt. Von seinen Versuchsanordnungen und Resultaten seien folgende hervorgehoben: Als Farblösung wird eine 1 proc. wässerige Methylenblaulösung angewandt, welche bei positivem Ausfall gelbliche und grüne, bei negativem blaue Färbungen giebt. Nachdem Vorversuche ergeben haben, daß die Resultate bei Kaninchen und Hunden vielfach variiren, beschränkt man sich auf die Versuche bei Menschen. Es ergiebt sich: Neutrale und zuckerhaltige Lösungen, desgleichen Traubenzucker im normalen Harn, ebenso neutralisirter Zuckerharn beeinflussen normal fixirtes Blut nicht, hingegen wohl saurer Diabetesharn. Es fällt in neutralen Lösungen also trotz Anwesenheit des Zuckers die Probe negativ, positiv nur in sauren Lösungen aus. Ferner zeigte destillirtes Wasser, dem tropfenweise Normalsäurelösung zugesetzt ward, allmähliches Positivwerden der Probe. Als unwesentlich stellte sich der Character der Säure, als wesentlich nur der Säuregrad heraus. So gab frisches Blut mit Säuren gemischt positive Reaction, desgleichen das Blut von Fleischfressern und manchen Tieren, wie Hunden Demnach kommt Verf. zu dem Schluß, daß der positive Ausfall der Bremer'schen Probe im diabetischen Harn nur eine Folge der in der Regel stark sauren Reaction dieser Harne ist, und läßt es dahingestellt, ob nicht auf dem constanten Ausfall der Färbungen bei gleichen Säuregraden eine Methode zur Bestimmung der Blutalkalescenz aufzubauen ist. Loeb (Berlin).

Dr. R. Müller (Hamburg): **Ueber die Methylenblaufärbung des Diabetikerblutes (Williamson'sche Probe).** (Münch. med. Wochenschrift 1899, No. 25.)

Williamson hat 1897 ein einfaches Verfahren zur Unterscheidung des Diabetikerblutes vom Nichtdiabetikerblut angegeben. Zu 20 ccm Diabetikerblut werden in einem engen Reagensröhrchen 40 ccm 6 proc. Kalilauge und 1 ccm wässerige Methylenblaulösung in einer Concentration von 1 : 6000 hinzugesetzt. Zur Controle wird eine zweite Lösung von Normalblut auf die gleiche Weise hergestellt und nun beide Proben im Wasserbade erhitzt, worauf in der Regel schon nach $1^1/_2$—5 Minuten die Diabetikerblutlösung entfärbt bezw. schwach gelb gefärbt ist, während die Controlprobe nicht entfärbt wird und erst nach längerem 20 Minuten dauernden Erhitzen

eine geringe Entfärbung zeigt, bei der der characteristische gelbliche Farbenton ausbleibt. Müller hat die Versuche nachgeprüft und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

Die reducirende Substanz ist an das Blutserum, nicht an die Blutkörperchen gebunden. Die Cerebrospinalflüssigkeit eines Diabetikers ergab desgleichen positive, eine Pleuraausscheidung aber negative Reaction. Bei zeitweise zuckerfreien Diabetikern tritt die reducirende Substanz $^1/_2$ bis 2 Stunden nach Einführung von Kohlehydraten im Blut auf, bevor im Urin Zucker nachweisbar ist und schwindet bisweilen vor dem Ausbleiben der Harnzuckerproben. Mit der gleichen Menge Normalblut tritt die Reduction nicht ein, selbst nicht nach reichlicher Kohlehydratdarreichung; positiv war nur einmal die Probe in einem Fall von Amyloidniere und von Beri-Beri. Nach Zusatz von Traubenzuckerlösung zu Normalblut trat die Reduction stets prompt ein. Die untere Grenze für den Eintritt der Reduction von 1 ccm Methylenblaulösung liegt bei 0,12 mg Zucker; Kalilauge allein reducirt Methylenblau nicht. Dennoch kommt Verf. zu dem Schluß, daß in erster Linie der im Blutserum des Diabetikers suspendirte Zucker die Reduction hervorruft, daß aber zweitens eine noch bis jetzt unbekannte reducirende Substanz vorhanden sein muß, weil reine Traubenzuckerlösung nicht das gleiche Reductionsvermögen besitzt, wie der Diabetikerharn.

In klinischer Hinsicht glaubt Verf. in der Williamson'schen Probe ein Hilfsmittel zu besitzen, um in seltenen Fällen von Coma, wo es aus irgend einem Grunde nicht möglich ist, Urin zu erhalten, die Diagnose auf Diabetes zu stellen. Loeb (Berlin).

Richter: **Zur Frage des Nierendiabetes.** (Vortrag im Verein für innere Medicin am 10. Juli 1899. Berliner klin. Wochenschrift 1899, No. 33.)

Die Annahme von Beziehungen zwischen Nieren und Glycosurie ist sehr alt, aber klinisch noch nicht sicher erwiesen. Die Ausscheidung von Zucker durch die Nieren kann bedingt sein entweder durch eine specifisch active Thätigkeit der Niere (z. B. beim Phloridzindiabetes), oder durch passiven Uebertritt des Zuckers in Folge vermehrter Durchlässigkeit des Nierenepithels. Dadurch Regulation des Zuckergehalts im Blut, indessen sind die Grenzen des beginnenden Uebertritts noch nicht bekannt. R. berichtet zunächst über frühere Tierversuche, welche eine wirkliche Zuckerbildung in der Niere nachzuweisen versucht haben Von all' den geprüften Giften kann indes nur dem Cantharidin eine solche Wirkung zugesprochen werden. In kleinen Dosen erzeugt es bei Kaninchen neben der Nierenläsion, die sich in Albuminurie kundgiebt, auch Glycosurie bis zu 2,8 pCt., meist nicht über 1 pCt. Sie läuft parallel mit der Albuminurie in 24 Stunden ab. Bei größeren Dosen wird die letztere immer stärker, während erstere schwindet. Eine Hyperglykämie ist als Ursache dieser Glycosurie nicht anzusehen. Denn der Blutzuckergehalt fand sich nur wenig über die Norm vermehrt, so daß eine Ausscheidung desselben bei gesunden Nieren nicht zu erwarten wäre.

Histologisches Bild: Fast nur Veränderungen des Gefäßapparates, die Glomeruli erweitert und strotzend gefüllt, starke Auswanderung von Leukocyten. Das Epithel der Harncanälchen dagegen fast gar nicht verändert. Zum Schluß bespricht R. die in der Litteratur mitgeteilten Fälle von Diabetes im Anschluß an primäre Nierenerkrankungen, besonders Schrumpfniere. Ihre Deutung ist nicht sicher gestellt. Lubowski.

Diabète chez l'enfant. (Le progrès médical 1899, No. 29.)

Lion: Rp. Antipyrin 10.0
Glycerin 30,0
Aq. dest. 150,0
MDS. 4mal täglich 1 Eßlöffel zu nehmen.

Legendre: Rp. Strychnin. sulfur. . . 0,0005
Natrii arsenicos. . . . 0,001
Codeini pur. 0,01
Chinini valerian. . . . 0,05
Extract. valerian. q. s. ut f. pil. D. tal. dos. No. 30.
S. 1—6 Pillen nach dem Essen zu nehmen, je nach dem Alter des Kindes.

Comby: Rp. Saccharini 3,0
Natrii bicarbon. . . . 2,0
Mannit. 50,0
Mucilag. q. s.
ut f. 100 pastillae, zum Ersatz des Zuckers.

Immerwahr (Berlin).

Limonade pour les diabétiques. (Le progrès médical 1899, No. 39.)

Acid. citrici 1,0
Glycerini 50,0
Cognac 50,0
Aq. dest. 900,0

Immerwahr (Berlin).

III. Gonorrhoe und Complicationen.

Dr. J. Hochstätter (Budapest): **Einige Bemerkungen zur Gonorrhoe-Therapie.** (Gyógyászat 1899, No. 14, refer. in Wiener med. Blätter 1899, No. 29.)

H. weist darauf hin, daß bei der Behandlung der Gonorrhoe nicht immer mit der nötigen Vorsicht vorgegangen wird und daß die vielen neuen Behandlungsmethoden und Präparate häufig die Ursache sind, daß die Heilung sich in die Länge zieht, so daß viele Patienten bereits glauben, daß die

Gonorrhoe überhaupt nicht heilbar sei. Die feine Schleimhaut, welche die Urethra auskleidet, ist außerordentlich empfindlich, und wenn sie beschädigt wird, nimmt die Heilung einen äußerst ungünstigen Verlauf. Verf. ist der Ansicht, daß die Gonorrhoea posterior acuta und viele acute Cystitiden größtenteils traumatischen Ursprungs sind. Von den antigonorrhoischen Mitteln sind seiner Meinung nach diejenigen am wertvollsten, die antiseptisch und mild wirken und wenig adstringiren, wie Resorcin, oder solche, die auf die Schleimhaut kaum einwirken, nicht adstringiren, die Gonokokken aber töten. Ein derartiges Präparat ist das in neuerer Zeit mit großem Erfolg eingeführte und mit Recht gerühmte Protargol. Die Hauptsache für den Arzt muß immer die sein, zu heilen, und zwar so zu heilen, als ob er sich selbst von der betreffenden Krankheit befreien wollte.

Immerwahr (Berlin).

Launois: **Arthropathies, atrophies musculaires et cachexie d'origine blennorrhagique.** (Le progrès médical 1899, No. 30.)

Launois stellte in der Société médicale des hôpitaux einen schwer kachektischen Kranken vor. Derselbe hatte sechs Gonorrhoen überstanden. Er hatte außerdem Arthropathien und Muskelatrophie in den unteren Extremitäten, Keratosis der Zehen, mit Verlust der Nägel der großen Zehen. Die Füße sind deformirt, die Zehen nach außen gebogen. Der Patient hat ferner eine Urethralstrictur und eine Cystitis. In dem eitrigen Urin ist der Gonococcus nicht zu finden, wohl aber der Bacillus coli. Das Befinden des Patienten bessert sich während der Krankenhausbehandlung zusehends. L. ist der Ansicht, daß alle diese Störungen gonorrhoischen Ursprungs seien oder vielmehr durch die Toxine des Gonococcus verursacht seien, welche das Nervensystem krankhaft beeinflußten. Immerwahr (Berlin).

Dr. H. Rohleder (Leipzig): **Die Anwendung des Naftalan in der allgemeinen ärztlichen Praxis.** (Therap. Monatshefte, Juli 1899.)

Verf. hat das Naftalan unter Anderem bei Epididymitis blennorrhoica und Bubonen angewandt. Der Effect ist, besonders bei der Nebenhodenentzündung, ein günstiger. Bei derselben hat man gute Erfolge, wenn man das erkrankte Scrotum dick mit Naftalan beschmieren läßt, darüber eine dicke Watteschicht legt, das Ganze sorgfältig mit Guttaperchapapier umhüllt und fest anliegend im Suspensorium tragen läßt, also ein Priessnitzverband, bei dem die feuchte Watte durch mit Naftalan beschmierte, trockene Watte ersetzt ist. In einem Fall von einseitiger Epididymitis gonorrhoica erreichte Verf. sogar in 11 Tagen einen vollständigen Erfolg, d. h. einen Rückgang bis zur normalen Größe. Bei Bubonen erreichte das Mittel das nicht, was der Druckverband allein vermochte, man muß also hier den Druckverband über Naftalanauflage machen. Lohnstein.

Richard H. Kennan (Dublin): **Note on a Case of Obliteration of the male Urethra.** (The British Medical Journal, 29. Juli 1899.)

Eine Harninfiltration des Dammes und Penis gab Verf. Anlaß zur Ausführung der Urethrotomia externa; das centrale Ende der Harnröhre wurde nicht gefunden. Der Kranke ging bald darauf an Dysenterie zu Grunde. Narben am Damm lassen K. vermuten, daß sie Residuen von Harnfisteln darstellten, durch deren Obliteration es zur Extravasation gekommen war. Ein Lumen der Urethra ließ sich an Schnitten des stricturirten Teils nicht auffinden. Blanck (Potsdam).

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

Dr. Irsai: **Ein Fall von Rachensyphilis.** (Ung. med. Presse 1899, No. 32—33.)

In der Mittellinie der hinteren Rachenwand der 32jährigen Patientin ein thalergroßes, mit gelb-eitrigem Belag bedecktes, prominirendes Geschwür mit undeutlichen Rändern und in der Mitte kraterartig vertieft. Epiglottis lebhaft rot, die Larynxgebilde zeigen Rötung und Schwellung. Die Atembeschwerden, an denen die Kranke seit einem Monat litt, werden durch die Vorwölbung des in der hinteren Rachenwand sitzenden Gebildes gegen den Larynxeingang hin verursacht; diese Prominenz erschwert auch sehr den Einblick in den Kehlkopf. Characteristische Inguinal-Nackendrüsenschwellung. Patientin acquirirte vor fünf Jahren ein Ulcus durum, das schnell heilte; secundäre Symptome zeigten sich nicht, ärztlich wurde sie nicht behandelt. Der Kranken wurden wöchentlich einmal intramusculäre Injectionen mit 5 proc. Sublimat gemacht; I. hält auf Grund seiner Erfahrungen diese Sublimatinjectionen bei schweren Syphilisformen für die beste aller Hg-Behandlungs-Methoden. Er beobachtet dabei keine Complicationen, keine Abscedbildung, keine Stomatitis etc. Lubowski.

Charles O'Donovan (Baltimore): **A Case of acute transitory Mania occuring in a Syphilitic more than three Years after Apparent Cure of the Syphilis.** (The New York Medical Journal, 3. Juni 1899.)

Das Besondere der Krankengeschichte ist in der Ueberschrift enthalten. Die Diagnose schwankte zwischen echter Epilepsie und Syphilis des Centralnervensystems. Sonstige Zeichen von Lues fehlten bei dem vor vier Jahren syphilitisch inficirten jungen Mann. Die Krankheit befiel ihn plötzlich mitten in voller Gesundheit; Brom war ohne jede Wirkung. Heilung wurde durch Ueberführung in's Krankenhaus und antisyphilitische Kur erzielt. Verf. läßt es unentschieden, ob wirklich die letztere das heilende Moment gewesen sei.

Blanck (Potsdam).

Rendu: **Syphilis avec hérédo-syphilis antérieure.** (Le progrès médical 1899, No. 29.)

R. stellte in der Académie de médecine ein 19jähriges Mädchen mit frisch erworbener Syphilis vor, welches alle Zeichen der hereditären Syphilis darbot. Die frische Syphilis war gutartig. In der Discussion meinten Fournier und Rendu selbst, daß die Zeichen der hereditären Syphilis nur Degenerationsfehler wären in Folge der elterlichen Syphilis, aber keine wirklichen Syphilissymptome. Es giebt eine specifische Form und eine einfache Degenerationsform der hereditären Syphilis. Panas erinnert daran, daß er seit 30 Jahren nachzuweisen sich bemüht, daß die Keratitis interstitialis und die Erosionen der Zähne nur einfache Zeichen von Kachexie wären. Immerwahr (Berlin).

V. Penis etc.

Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

Dr. Alexander Louis (Velessa-Macedonien): **Ein Fall von Lithiasis des Präputiums.** (La Grèce médicale 1899, No. 7. Refer. nach Allg. Wiener med. Zeitung 1899, No. 37.)

Verf. beobachtete einen Fall von Lithiasis des Präputiums bei einem 45jährigen Mann, bei dem das Leiden angeblich seit sieben Jahren bestand. Die locale Untersuchung ergab Folgendes:

Das Präputium hat von außen die Form einer Birne und der ganze Penis das Aussehen eines Glockenschwengels; seine Circumferenz beträgt 25 cm. Das Glied ist bei der Berührung schmerzhaft Beim Fingerdruck auf dasselbe hat man das Gefühl einer mit Sand gefüllten Tasche. Aus dem Orificium entleert sich eine schleimig-eitrige Flüssigkeit von fötidem, ammoniakalischem Geruch. Die Oeffnung der Urethrae ganz rot, war am Grunde des Präputiums kaum sichtbar. Die Sonde stieß auf eine Quantität von Steinen, deren Entfernung auf natürlichem Wege wegen der bestehenden Phimosis unmöglich war. Verf. machte in Folge dessen mit einer Hohlsonde, die er zwischen Präputium und den Steinen einschob, einen 4 cm langen Längsschnitt in das Präputium; dieser schaffte eine breite Oeffnung, durch welche alle Steine entfernt wurden. Verf. wusch hierauf sorgsam den Detritus heraus und reinigte die Wunde und die innere Fläche des Präputiums. Nach Bloßlegung der Eichel sah man auf derselben sichtbare Eindrücke, die von den Steinen herrührten. Die Heilung ging sehr einfach von Statten, und der Kranke war für immer von seinen Qualen erlöst. Die Zahl der Steine betrug, abgesehen von dem sandförmigen Detritus, nicht weniger als 110, dieselben waren verschieden groß, deren 30 erreichten die Größe einer Erbse, die anderen waren stufenweise kleiner, bis zum Volum eines Weintraubenkernes.

Abgesehen davon, daß Lithiasis des Präputiums äußerst selten vorkommt, ist der vorliegende Fall noch besonders dadurch von Interesse, daß der Kranke durch die ganze Zeit den Coitus auszuüben vermochte. Li.

Ricoux et Ed. Aubry: **Un prétendu androgyne dans un service de femmes.** (Le progrès médical 1899, No. 37.)

Es handelt sich um einen Fall von Epispadie. Bei der Geburt des jetzt 72jährigen Patienten wurde derselbe als Hermaphrodit in das Geburtsregister seines Heimatsortes eingetragen. Bis zu 10 Jahren lebte der Patient wie ein Knabe und wurde wie ein solcher gekleidet. Von dieser Zeit ab ließ man ihn weibliche Kleider tragen, weil er nicht uriniren konnte, ohne sich die Hosen dabei zu verunreinigen, und weil seine Eltern befürchteten, sich im Geschlecht ihres Kindes geirrt zu haben und dasselbe vom Militärdienst befreien wollten. Trotz seiner weiblichen Kleidung hatte Patient die Allüren eines Mannes, er hatte einen starken Bart, welchen er sich jede Woche rasirte, er ritt, rauchte, fluchte und betrank sich. Im angeheiterten Zustand versuchte er häufig, sich mit Frauen einzulassen, seine Attentate waren aber ungefährlich, da es für ihn eine anatomische Unmöglichkeit war, den Coitus auszuüben. Da Patient geistig immer schwach war, wurde er wegen zunehmender Demenz im Jahre 1899 in ein Irrenhaus gebracht, und zwar zuerst in die Frauenabtheilung. Die genaue Untersuchung des Patienten ergab unter Anderem, daß die Genitalorgane die eines völligen Epispadisten sind mit Monorchismus. Der Penis ist abgeplattet und gegen das Abdomen erhoben, an welchem er angelötet ist, so daß beim Coitus die Immissio penis unmöglich ist und die Ejaculation des Samens nur auf seinen eigenen Bauch erfolgen kann. Der Penis ist 56 mm lang und 35 mm breit an der Wurzel und 46 mm an der Glans. Die obere Wand wird durch die Urethra gebildet, welche normale anatomische Verhältnisse darbietet. An der unteren Peniswand sitzt die Glans mit sehr kurzem Frenulum und einem Präputium ohne Adhäsionen. Das Scrotum ist glatt, ohne Haare, die Raphe ist gut ausgebildet. Rechts findet sich ein etwas kleinerer Hoden als normal, der äußerst empfindlich ist, ziemlich weich ist und einen kaum wahrnehmbaren Nebenhoden hat. Links fehlt der Hoden. Die Prostata ist atrophisch. Nachdem das Geschlecht des Patienten festgestellt war, wurde er auf die Männerabteilung verlegt. Immerwahr (Berlin).

VI. Hoden, Nebenhoden, Prostata etc.

Prof. v. Frisch (Wien): **Die Krankheiten der Prostata.** (Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Prof. Nothnagel. Alfred Hölder, Wien 1899.)

Wenn der Verf. des vorliegenden Buches bei fast ausschließlicher Berücksichtigung der Litteratur der letzten 25 Jahre und bei Ausschließung

aller derjenigen Arbeiten, welche nur als casuistische Beiträge aufgefaßt werden konnten, dennoch für das seinem Buch beiliegende Litteratur-Verzeichnis einen Raum von 27 Großoctavseiten in Anspruch nehmen mußte, so beweist dies zur Genüge, erstens welch' großes Interesse der Pathologie und Therapie der Prostata stets entgegengebracht wurde, zweitens aber, namentlich wenn man die enorm angewachsene Litteratur der häufigsten Affection der Prostata, der Prostatahypertrophie, in Betracht zieht, daß verschiedene Fragen noch im Vordergrund der Discussion stehen.

Bei einer so großen Fülle und Mannigfaltigkeit des Materials war es in Folge dessen an der Zeit, das Facit der bisherigen Leistungen auf dem bezeichneten Gebiet zu ziehen, um die Wege der weiteren Forschung zu klären. Diesem in interessirten Kreisen vielfach empfundenen Bedürfniß ist nun von Frisch, dem bekannten Vertreter der Urologie, in mustergiltiger Weise entsprochen worden.

Das große, in den verschiedensten Ecken der Weltlitteratur zerstreute Material ist von ihm gesammelt und zu einem Ganzen in einer Weise verarbeitet worden, die die reiche eigene Erfahrung des Autors verrät. Das Buch verfolgt hauptsächlich practische Zwecke; das in demselben Dargebotene ist durchweg derart, daß der practische Urologe es unmittelbar in seine Praxis hinübernehmen kann. Allerdings will es uns scheinen, als ob das Buch gerade nur für den Urologen bestimmt wäre, bei dem genügende Kenntnis namentlich der neueren chirurgischen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie vorausgesetzt werden muß. Dem practischen Arzt würde unserer Ansicht nach das Fehlen jeglicher Abbildungen die Lectüre des Buches etwas erschweren.

Das Buch besteht aus folgenden 12 Capiteln: Anatomie, Physiologie, Untersuchung, angeborene Mißbildungen, Entzündungen, Neurosen, Tuberculose, Hypertrophie, Atrophie, Concretionen und Steine, Neubildungen und schließlich Parasiten der Prostata. Den Schluß bildet das bereits erwähnte Litteraturverzeichnis. Daß das Capitel der Prostatahypertrophie beinahe eine volle Hälfte des Buches für sich in Anspruch nimmt, braucht nur angedeutet zu werden. In allen entsprechenden Capiteln ist der Therapie besondere Sorgfalt gewidmet, ganz besonders aber ist es in dem letzterwähnten der Fall, und als besonderes Verdienst, namentlich um den practischen Arzt, ist es dem Verf. anzurechnen, daß er in diesem Capitel neben den chirurgischen Methoden der Prostatahypertrophiebehandlung, die immerhin meist Domäne des Specialisten bleiben, auch die in der Jagd nach großen chirurgischen Erfolgen vielfach unterschätzte und vernachlässigte allgemeine und diätetische Behandlung der Prostatahypertrophie ausführlich schildert, mit welcher man in vielen Fällen dem Patienten Linderung seines qualvollen, viele Jahre dauernden Leidens verschaffen, sowie einer eventuellen Verschlimmerung desselben vorbeugen kann.

Da letztere Behandlungsmethode in unserer Zeitschrift besondere Berücksichtigung findet (cf. z. B. die ausführlichen Referate über die Arbeiten von Terray 1899, H. 3, S. 139; von Mendelsohn 1899, H. 7, S. 392 und

Lenné 1899, H. 6, S. 337), so wollen wir auch auf die einschlägigen Ausführungen des Verf.'s bezüglich der Prostatahypertrophie etwas näher eingehen.

Die allgemeinen Verhaltungsmaßregeln, welche man einem Prostatiker zu geben hat, sind teils negativer, teils positiver Art. Die ersteren betreffen die Vermeidung aller jener Schädlichkeiten, welche zu einer Congestion der Beckenorgane führen können. Die letzteren erstrecken sich hauptsächlich auf Regulirung der Darmfunction und jene spärlichen Hilfsmittel, durch welche wir decongestionirend auf die Prostata einwirken können. Vor Allem empfiehlt sich strenges Vermeiden von jeder Gelegenheit zu Erkältungen, sowohl allgemeiner als localisirter; kaltes nasses Wetter, namentlich aber kalte oder nasse Füße, Sitzen auf feuchtem kalten Boden geben für Prostatiker immer eine directe Schädlichkeit ab und sind streng zu vermeiden. Langes Halten der Hände in kaltem Wasser, der bekannte Kunstgriff, durch den sich die Prostatiker ihre Blasenentleerung zu erleichtern versuchen, erscheint nicht zuträglich. Auch sollen derartige Kranke, wenn sie des Nachts, um ihrem Harnbedürfnis zu genügen, das Bett verlassen, den kalten Fußboden nicht mit nackten Füßen betreten. Zur heißen Jahreszeit erfordert eine Ueberhitzung des Körpers wegen einer möglichen darauf folgenden raschen Abkühlung besondere Aufmerksamkeit.

In Bezug auf die Mahlzeiten soll der Kranke mit Prostatahypertrophie ein regelmäßiges und ganz bestimmtes Regime einhalten. Die Mahlzeiten sollen nicht reichlich und nicht lange dauernd sein, namentlich Abends soll verhältnismäßig wenig genossen werden. Direct zu widerraten sind Gelage und jene gesellschaftlichen Vergnügungen, bei welchen lange dauerndes Sitzen durch übermäßigen Genuß von Speisen und Getränken geboten und noch überdies durch äußere Umstände oft nicht die Möglichkeit vorhanden ist, den Mahnungen eines Harnbedürfnisses sofort nachzukommen. Wer in die Lage kommt, sich öfter solchen Gelegenheiten exponiren zu müssen, trage einen Harnrecipienten. Die Nahrung der Prostatiker soll kräftig und doch leicht verdaulich sein, alle gewürzten, scharfen, schwer verdaulichen Speisen, auch zu stickstoffreiche Nahrung, sollen vermieden werden. Bier, Branntwein, starker Kaffee, Liköre sind zu widerraten. Wein in mäßigen Mengen, namentlich leichter Rotwein, ist gestattet und für alte Männer oft indicirt. Vor der Aufnahme zu großer Flüssigkeitsmengen, seien sie auch ganz indifferenter Art, haben sich diese Patienten stets zu hüten. In Bezug auf den Coitus sei Protrahiren und Repetiren entschieden schädlich. Von einem in angemessenen Pausen normaler Weise ausgeübten geschlechtlichen Verkehr sind keine schädlichen Einwirkungen zu befürchten Derselbe scheint vielmehr zur Depletion der Prostata beitragen zu können. Langes Einhalten der horizontalen Lage, insbesondere eine excessive Ausdehnung der nächtlichen Bettruhe in von nachteiligem Einfluß auf die subjectiven Beschwerden. Deshalb empfiehlt es sich, Prostatikern zu raten, ihre Nachtruhe nicht über 7—8 Stunden auszudehnen. Sie sollen auch nicht zu früh nach der Abendmahlzeit das Bett aufsuchen und vorher noch durch einen

kurzen Spaziergang im Zimmer für eine möglichst ausreichende Entleerung ihrer Blase Sorge tragen. Stellt sich während der Nacht erschwertes Harnen ein, so kann auch dieses am leichtesten durch Auf- und Abgehen überwunden werden. Auch langes Sitzen ist schädlich, insbesondere lange dauernde Eisenbahnfahrten. Prostatikern, deren Beruf mit einer sitzenden Lebensweise verbunden ist, soll man den Rat geben, zeitweilig aufzustehen und sich etwas Bewegung zu machen. Weite und anstrengende Märsche, forcirte körperliche Uebungen, kurz alle Anstrengungen, die leicht zu Uebermüdung führen, sollen vermieden werden. Reiten und Radfahren ist zu verbieten. Zu langes Zurückhalten des Urins ist schädlich. Prostatiker sollen sich daran gewöhnen, ihre Blase in bestimmten Zeitintervallen zu entleeren, und stellt sich das Bedürfnis ein, so soll es nicht unterdrückt werden. Sie sollen ihre Blase in jener Stellung entleeren, in welcher die Entleerung am leichtesten erfolgt.

Da die Kranken mit Prostatahypertrophie in jeder Periode ihres Leidens zu hartnäckiger Constipation neigen, so ist für eine sorgfältige Regulirung des Stuhles zu sorgen. Zu diesem Zweck sind scharfe, drastische Mittel nicht angezeigt; Rheum, Cascara sagrada, Ricinusöl, Magnesia und andere leichte salinische Abführmittel können empfohlen werden. Am zweckmäßigsten sind lauwarme Eingießungen von größeren Flüssigkeitsmengen, welche regelmäßig des Morgens vorgenommen werden sollen. Von anderen allgemeinen Maßnahmen sind kurzdauernde, laue Bäder (Sitz- und Wannenbäder) mit Zusatz von Soole, Seesalz oder Darkauer Jodbromsalz, sowie trockenes Frottiren der Haut und allgemeine Massage von wohlthätigem Einfluß auf das Allgemeinbefinden. Bei Prostatikern im ersten Stadium, wo die Congestion des Organs die wesentlichste Rolle spielt, ist die Bauchmassage von auffallender Wirkung. In Folge derselben verschwinden die Schmerzen bei der Miction, die Harnentleerung geht leichter und ohne Nachhilfe durch die Bauchpresse von Statten, und die Zahl der nächtlichen Harnentleerungen vermindert sich.

Locale Massage der Prostata vom Rectum aus ist bei Hypertrophie ziemlich erfolglos. Die in früherer Zeit beliebten medicamentösen Kuren bei Prostatahypertrophie sind heute als gänzlich wirkungslos mit Recht aufgegeben. Das einzige Medicament, welches in neuerer Zeit gegen Prostatahypertrophie angewendet wird, ist das Jod. Es wird innerlich als Jodkali in Dosen von $^1/_2$—1 g pro die jeden Monat durch ca. 14 Tage bis 3 Wochen gegeben und soll durch lange Zeit fortgenommen werden. Außerdem wird es in Form von Rectalsuppositorien applicirt. Verf. hat jedoch von Jodkalisuppositorien ebenso wenig wie von den in neuerer Zeit vielfach empfohlenen Ichthyolzäpfchen je einen wesentlichen Erfolg bei Prostatikern constatiren können. Auch die natürlichen Jodquellen werden Prostatikern entweder zum innerlichen Gebrauch oder für Bäder empfohlen, und genießen Bad Hall, Kreuznach, Krankenheil-Tölz, Darkau i. Schl. u. a. in dieser Beziehung einen gewissen Ruf. Die Wirkung indifferenter Thermen, wie Gastein, Römerbad, Teplitz, Ragatz u. dgl. oder von Schwefel-, Moor- und

Schlammbädern steht in manchen Fällen hinter der der Jodbäder nicht zurück. Namentlich Kranke in der ersten Periode der Prostatahypertrophie mit Neigung zu Exacerbationen der localen Congestion fühlen sich nach dem Gebrauch einer derartigen Badekur wesentlich wohler. Einen sehr günstigen Einfluß auf alle subjectiven Beschwerden konnte Verf. in einigen ähnlichen Fällen nach dem Besuch eines südlichen Seebades in der heißen Jahreszeit constatiren. Hingegen scheinen Brunnenkuren für Prostatiker wenig geeignet.

Man sieht aus dieser Skizze, daß Verf. die Therapie der Prostatahypertrophie mit großer Sorgfalt und Erfahrung behandelt. Die letztere entspricht der unserigen fast durchweg. **Casper.**

Pousson: **Traitement chirurgical direct de l'hypertrophie prostatique.** (Le progrès médical 1899, No. 29.)

P. ist zu der Ueberzeugung gekommen, daß die meisten Operationen an der Prostata nur, wenn sie im Beginn der Hypertrophie gemacht werden, das Volumen der Prostata verringern, nämlich solange noch die Congestion vorwiegt und die Hyperplasie der Drüse noch gering ist. P. hat deshalb in 15 Fällen die Prostatectomie ausgeführt. Seine Resultate zeigen, wie vorteilhaft die Wegnahme der in die Blase vorspringenden Prostatalappen ist. Um diese Vorteile zu illustriren, zeigt P., wie die Prostatahypertrophie den Canal verlängert und deformirt, die Mündung der Urethra verschiebt und die Gestalt der Blase verändert. Unter dem Einfluß dieser Störung des Urinabflusses kommen Blasenstörungen zu Stande. Manchmal bildet sich zwischen der Masse der Prostata und dem Blasengrunde ein veritabler Sinus aus, in welchem sich Kalkconcremente ablagern. Dieser Teil der Blase wird nie vollständig entleert und giebt daher Anlaß zu Infectionen, z. B. zu Pyelonephritiden. Die Diagnose der Prostatahypertrophie ist leicht zu stellen. P. beschreibt darauf sein Instrumentarium. Schwere Hämorrhagien sind nicht zu befürchten. Von den 15 Operirten sind zwei vollständig geheilt, die anderen meistens bedeutend gebessert. **Immerwahr** (Berlin).

VII. Blase.

Edward Nicholas Liell (Jacksonville, Fla): **Cystoskopy and Ureteral Catheterization in Women.** (Medical Record, 1. Juli 1899.)

Verf. hat mit dem Kellyschen Cystoskop seit mehreren Jahren operirt, hebt die Verdienste der Cystoskopie um die Erforschung der Blasen- und Nierenleiden und ihre therapeutischen Erfolge hervor. Etwas Neues bringt der Aufsatz nicht. **Blanck** (Potsdam).

W. Thelwall Thomas (Liverpool): **The Cystoscope in Surgery.** (The British Medical Journal, 8. Juni 1899.)

Verf. betont an der Hand von vier Fällen, in denen durch das Cystoskop der Sitz und die Natur eines Blasentumors erkannt wurde, die Notwendigkeit der cystoskopischen Untersuchung bei Hämaturie. Sie muß frühzeitig vorgenommen werden, soll die Therapie von Erfolg gekrönt sein. Die Krankengeschichten bieten nichts Ungewöhnliches. Blanck (Potsdam).

François Hue: **Lithopédion ouvert dans la vessie.** (Le progrès médical 1899, No. 28.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von alter Extrauteringravidität, bei welchen der Fötus in die Blase durchgebrochen war und als Lithopädion durch die Sectio alta entfernt wurde. Immerwahr (Berlin).

Sieur: **Rupture de la vessie.** (Le progrès médical 1899, No. 29.)

Ein Reiter erhielt einen Hufschlag und bekam eine Blasenruptur. S. sah den Verletzten fünf Stunden nach dem Unfall, er hatte noch nicht urinirt und fühlte lebhafte Schmerzen. Durch den Katheterismus wurde Blut entleert. Das Allgemeinbefinden war gut. Man begnügte sich damit, einen Verweilkatheter in der Blase zu lassen. Der Urin blieb einige Tage blutig. Nach 14 Tagen war der Kranke vollständig geheilt.

Immerwahr (Berlin).

E. Desnos: **Troubles de la vessie consécutifs aux opérations sur l'utérus.** (Le progrès médical 1899, No. 39.)

D. erwähnt die Häufigkeit der Störung der Harnentleerung nach gynäkologischen Operationen am Uterus, deren Ursache häufig schwer zu diagnosticiren ist. Abgesehen von den durch die Operation gesetzten Verletzungen beobachtet man bei den Operirten Cystitiden und Reflexstörungen. Die Infection der Blase sieht man fast stets nach wegen septischer Affectionen ausgeführten Operationen, und es ist wahrscheinlich, daß oft eine latente Infection der Harnwege bestanden hat, welche durch die Operation erst manifest geworden ist. Im Allgemeinen sind die Cystitiden selten, und häufiger treten neuralgische Störungen der Harnsecretion auf. Die Diagnose ist nicht leicht, denn das Hauptsymptom der Cystitis ist im Beginn nur der Schmerz, während die anderen Symptome noch wenig ausgesprochen sind. Darum soll man von Anfang an cystoskopiren, dann ist jeder Irrtum ausgeschlossen. Die Blasenschleimhaut ist gerötet, vascularisirt und desquamirt bei der Cystitis, normal bei der Neuralgie. Die Ursache dieser Cystalgien ist in jedem Fall verschieden; aber da sie hauptsächlich nach Hysterectomien auftreten, ist wohl die durch die Operation veränderte Gestalt der Blase die Hauptursache der Störung der Harnentleerung. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose ist groß wegen der Behandlung, bei welcher man Alles vermeiden muß, was die Blase irritiren oder inficiren könnte.

Immerwahr (Berlin).

VIII. Ureter, Niere etc.

Bar: **Ueber die Entwicklung des sclerotischen Processes in polycystisch degenerirten Nieren und in der Leber.** (Bulletin de la société d'obstétrique de Paris, Sitzung vom 19. Januar 1899. Centralblatt für Gynäkologie 1899, No. 26.)

Zur Untersuchung kamen vier Neugeborene, deren Nieren kleincystische Degeneration aufwiesen. In Bezug auf das Nierenepithel waren die Befunde ähnlich denen von Brindeau und Macé; cylindrische Zellen fanden sich allerdings nirgends Bemerkenswert war die Bindegewebswucherung, die sich im zweiten Fall angedeutet, im dritten Fall sehr ausgesprochen fand und im vierten Fall ein weites Auseinanderweichen der einzelnen Nierencanälchen bedingte. Die drei ersten Fälle beziehen sich auf Kinder einer Mutter. Die Bindegewebswucherung ist etwas Secundäres und kann zu einer Volumenverminderung führen, wie einige der Präparate beweisen Die großen Cystennieren dehnen die Bauchdecken übermäßig aus; durch die secundäre Bindegewebswucherung kommt es zu einer Nierenschrumpfung, wodurch die Faltung und Schlaffheit der Bauchdecken solcher Kinder ihre Erklärung finden. Es handelt sich um eine pericanaliculäre Bindegewebssclerose, die von der gewöhnlichen perivasculären wohl zu unterscheiden ist. In gleicher Weise zeigen congenitale Lebercysten, entstanden durch Erweiterung der Gallengänge, eine Bindegewebsvermehrung um diese letzteren herum.

Immerwahr (Berlin).

A. G. Auld (London): **Additional Observations on the Function of the suprarenal Gland.** (The British Medical Journal, 3. Juni 1899.)

Durch frühere Untersuchungen hatte A. gefunden, daß in den Nebennieren rote Blutkörper in Menge zerstört werden und daß das Mark als wesentlicher Factor eine specifische Substanz absondert, die er zu den Alkaloiden rechnet. Diese erhöht den Blutdruck und wird in der Leber, dem Blut und anderen Organen zerstört. Verf. hat nun an Hunden und Katzen weiter experimentirt: die Exstirpation nur einer Drüse wurde überstanden; wurden beiderseits die Nebennieren zerstört, so starben die Tiere in 1—3 Tagen. Die Necropsie ergab eine starke Hypertrophie der Thymusdrüse und eine beträchtliche Vergrößerung der Milz. Demnach scheint das Extract der Thymusdrüse in Bezug auf den Luftdruck eine antagonistische Wirkung des Nebennierenextracts zu entfalten; die Vergrößerung der Milz scheint eine Folge seiner angestrengteren blutlösenden Thätigkeit zu sein. Ueber die Natur des wirksamen Princips des Nebennierenmarks kann man sich noch keine klare Vorstellung machen, es bleibt noch unentschieden, ob es ein normales und giftiges Product liefert. Wahrscheinlich zerstört es deletäre, vasoconstringirende Toxine des Blutes. Blanck (Potsdam).

Bibliographie.

Die nachstehende Bibliographie enthält die vom 1. Januar 1899 bis einschl. 25. November 1899, sowie die während oder nach der Drucklegung der vorjährigen Bibliographie in Berlin erschienene oder eingetroffene Litteratur.

Wenn keine Jahreszahl angegeben, ist 1899 zu verstehen.

Die mit * bezeichneten Arbeiten sind in dem vorliegenden Jahrgang der Zeitschrift besprochen.

Neue Kürzungen: 1. B. of H. H. — Bulletin of Johns Hopkins Hospital. 2. Schl. Ges. f. v. C., M. S. — Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur, Medicinische Section. 3. N.-Y. M. J. — The New-York Medical Journal. 4. Th. d. G. — Therapie der Gegenwart.

I. Allgemeines über die Physiologie und die Krankheiten des Urogenital-Apparates.

*Bandler: Elephantiastische u. ulcerative Veränderungen des äußeren Genitales und Rectums bei Prostituirten. Pick's A., Bd. 48, H. 3.

— Neuere Arbeiten über Prostitution und Prostitutionswesen. Pr. m. W. 20, 99 u. ff.

Bazy: L'anesthésie chirurgicale dans les affections des voies urinaires. S. méd., 10.

— Des pseudo-inflammations des voies urinaires. Guyon's A., 3.

v. Bechterew: Suggestive Behandl. d. conträren Geschlechtstriebes und der Masturbation. Cbl. f. N., Febr.

*Bellin: Fall von schwier. Bestimm. d. Geschlechts u. d. bürgerl. Rechte „Mann oder Frau?“ Charkow 98.

Berthold: Hermaphroditismus masculinus diagnosticirt mit d. Laryngoskop. Fränkel's A., 1, Bd. 9.

Brondel: Observation de pseudo-hermaphrodit. Un homme marié à un homme. J. de m. de Paris, 7.

Bruchanow: Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus exterus. B. G. B. (russ.), 44.

Buss: Dystopie der Nieren mit Mißbildung der Geschlechtsorgane. Z. f. k. M., Bd. 38, H. 4—6.

*Cathelin: Tuberculose urinaire latente. P. méd. 98, 87.

*Chevalier: Chirurgie des voies urinaires. Préface de Prof. Guyon. Avec 83 figures intercalées dans le texte. Baillière et fils. Paris.

Chotzen: Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 23.

Crookshank: Asthma Sexualis. Ed. M. J., 6.

Delagénière: Anomalies des organes genitaux. A. de G. Jan.

*Englisch: Bedeutung der angeborenen Verengerungen der Harnwege. W. m. W. 98, 50/52.

Faucher et Bourdin: Idiotie congénitale; Hypospadias et pseudo-hermaphrodit. externe. A. de n., 46.

Féré: La prédisposition et les agents provocateurs dans l'étiologie des perversions sexuelles. R. de méd. 98, 12.
Fernandez: Tuberculose des organes génitaux de la femme. Pariser These, Vigot frères.
Fraenkel: Allg. Therapie der Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane. Urban & Schwarzenberg, Wien.
Frank: Genital-Tuberculose. M. f. G. u. G., Bd. X, H 5.
Gebhard: Pathol. Anatomie d. weibl. Sexualorgane. S. Hirzel, Leipzig.
Gersuny: Peritoneale Adhäsionen und ihre Beziehungen zum weiblichen Genitale. W. kl. W., 22.
*Goldberg: Behandlung der Urogenitaltuberculose. B. k. W., 5 u. ff.
Grabowsky: Verkehrte Geschlechtsempfindung oder die mann-männl. u. weib-weibl. Liebe. Spohr, Leipzig.
Grosglik: Urotropin bei infectiösen Krankh. d. Harnwege. Medycyna, 42.
Güterbock: Die chir. Krankh. der Harnorgane. IV. Teil: Die chir. Krankh. der Nieren. 98, Deuticke, Leipzig und Wien.
*Guyon: Physiologie et pratique de chirurgie urinaire. Guyon's A. 98, 12.
*Hahn: Wert des Oleum salosantali (Salosantal) für die interne Behandlung der Harnkrankh. D. Z., 1.
Hallé: Recherches bactériologiques sur le canal génital de la femme. A. de G., Febr.
Hallopeau: Sur la lutte contre la propagation à masculo des maladies vénériennes. A. de D. et de S., 8—9.
*Hartmann: Pseudohermaphrodite masculin. Pr. méd., 2.
— Anomalie des organes génitaux. Reclus' Bulletins, 1.
*Harris: Urine Segregator in the Diagnosis of Diseases of Urinary Tract. M. R., 1. April.
*Hochsinger: Angebor. Defect des uropoetischen Systems und totaler Fruchtwassermangel. W. m. Pr., 3.
Krantz: Nervöse Frauenkrankh. in Folge gestört. Mechanik d. Sexualorgane. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
*Krogius: Vorlesungen üb. d. chir. Krankh. der Harnwege. Helsingfors 98. Wentzel Hagelstam.
Loewy: Bau des Rete Malpighi der Haut der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane. A. f. m. A. u E. 98, Bd. 53, H. 3.
Maillefert: Infection d. Genitalien mit Vaccine. M. m W., 18.
*Mendelsohn: Ernährungstherapie bei Krankheiten der Harnorgane. S.-A. aus dem Handb. d. Ernährungstherapie, Bd. II. Gg. Thieme, Leipzig
Nacke: Normale und pathologische Sexualität. A. f. Ps., Bd. 32, H. 2.
Nagel: Hermaphroditismus verus. A. f. G., Bd. 58, H. 1.
Natzmer: Kohlensaures Gas bei Erkrankung d. männl. u. weibl. Geschlechts-Apparats, sow. d. Darmsystems. Amerikanische Gasdouche. Leipzig, A. Strauch.
*Neugebauer: 50 Mißehen wegen Homosexualität d. Gatten u. einige Ehescheid. weg. „Erreur de sexe". Cbl. f. Gyn., 18, u. G. l. (poln.), 21.
Oefele: Zum conträren Geschlechtsverkehr in Altägypten. Unna's M.-H., 9.
Ohmann-Dumesnil: Gen.-Urinary Disturbances. L. M. J., Sept.
Paczkowski: Wie verhütet man Ansteckung und Erschlaffung (Impotenz). Demme, Leipzig.
Petit et Merklen: Gangrènes des organes génit. extern. de l'homme. G. d. H., 91.
Sacewicz: Störungen der sexuellen Thätigkeit. Medycyna, 32.
Schlüssel: Wesen der Geschlechtskrankheiten. Bermühler, Berlin.
Schrank: Regelung der Prostitution in Madrid. Spiess-Pistor'sche V.-J., Bd. 31, H. 3.
*Schulze: Eigentümlicher Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus. Cbl. f. Gyn. 98, 51.
Schuster: Sexualunsitten. Gloeckner, Leipzig.
Siegert: Die Unkeuschheit, ihre Ursachen, Folgen und wirksame Bekämpfung. Heilung d. Onanie u. ihrer Folgen. Berlin, W. Möller.
Stoerk: Pathologie der Schleimhaut der harnleitenden Wege. Ziegler's Beiträge, Bd. 26, H. 3.
Storman: Chronic Genito-Urinary Disease. J. of A. M. A., 2.
Ströhmberg: Prostitution. Enke, Stuttgart.

Tandler und Dömény: Histologie d. äußeren Genitales. A. f. m. A. u. E, B. 54, H. 4.

Vaugien: La tuberculose génitale primitive (utérus et annexes), son diagnostic précoce. Pariser These. Joseph Fournier.

*Vogl: Ansteckende Geschlechtskrankheiten in der Armee und im Volk. M. m. W., 31 u. ff.

*v. Wagner: Giltigkeit der Ehe wegen Impotenz des Mannes. W. k. W., 2.

Weber: Wann und wie wird ein Geschlechtskranker gesund? H. Steinitz, Berlin.

Werther: Prostitution, speciell in Dresden. Unna's M.-H., 4.

Zschommler: Malthusianismus. W. Möller, Berlin.

II. Harn- und Stoffwechsel. Diabetes.

Achard u. Émile Weil: Contribution à l'étude des sucres chez les diabétiques. Charcot's A. 98, 6.

*Aldor: Albumosen im Harn und enterogene Albumosurie. B. k. W., 35.

Amyse: Acetonuria with Coma without Glycosuria. L. M. J., 1.

Anschütz: Diabetes mit Broncefärbung d. Haut, zugleich ein Beitrag zur Lehre v. d. allgem. Hämochromatose und der Pancreasschrumpfung. Ziemssen's A., Bd. 62, H. 5 u. 6.

Archibald: Alkaptonuria. A simple Method for the Extraction of Homogentisinic Acid from the Urine. J. of Ph., 6.

*Arndt: Aliment. Glycosurie b. einig. Neuropsychosen. B. k. W. 98, 49.

Arnold: Acetessigsäure im Harn. W. k. W., 20.

Ascoli: Sulla diuresi nel diabete insipido. C. m. I., 7.

*Ausset: Polyurie nerveuse chez un enfant. Pr. méd., 6.

Bain and Edgecombe: Physiological Action of Certain Mineral Waters and Baths on Blood and on Excretion of Urea and Uric Acid. Quantitative Relationship between Uric Acid and Leucocytes. J. of Ph., 6.

Barde: Diazoréaction de Erlich dans la fièvre typhoïde. Bordeauxer These, 92.

Bardier et Frenkel: A l'action du salicylate de soude et de l'antipyrin sur la diurèse. Comptes rendus, 7.

*Barlow: Diphtheria Bacilli in Urine. L., 3. 12. 98.

Barrier: La theobromine et de son pouvoir diurétique. Pariser These. Saint-Cyprien.

Best: Case of Rapidly Fatal Glycosuria in a Subject of Friedreich's Disease. L., 11 Februar.

*Bettmann: Zucker-Ausscheidung nach Copaivagebrauch. B. k. W., 22.

Bewley: A Case of Chyluria. Du. J. of M. S., Februar.

*Bezyl: Urologie normale de la seconde enfance. Pr. méd. 98, 85.

Biedl: Neue Form des experim. Diabetes. Cbl. f. Phys. 98, 19.

Blumenfeld: Phthise d. Diabetiker. Th. M.-H., 2.

*Bogoras: Zuckerkrankh. i. Kindesalter. A. f. K., Bd. 27, H. 3, 4.

*Bonanni: L'urina nel' ittero grave. Roma, Fratelli Centenari.

Du Bosc: Malarial Hematuria. J. of A. M. A., 11, 3.

Bouchard: Détermination du poids moléculaire moyen des substances urinaires. Comptes rendus, 1.

Bradford: Sull' uremia. B. d. Cl, 10.

Bradshaw and Warrington: Morbid Anatomy and Pathology of a Case of Myelopathic Albumosuria. Proceedings, Februar.

Brochard: La glycosurie de la grossesse. Pariser These, Carré & Naud.

*Bronowski: Harntreibende Wirkg. d. milchsaur. Strontium. W. m. Pr., 5.

Brun: Propriétés nouvelles de l'acide urique, permettant son diagnostic microscopique dans les calculs urinaires. R. m. de la S. R., Febr.

Buchstab und Schaposchnikow: Diffuses Myelom d. Rumpfknochen

m. typ. Albumosurie als characterist. diagnostisch. Symptom. Podwyssotski's A., Januar.

*Burghart: Beeinflussung d. Diazoreaction durch Arzneien. B. k. W., 38.

Camerer: Harnstoff als Diureticum. Med. Correspbl., 7.

Castaigne: L'épreuve de la glycosurie alimentaire au cours des ictères infectieux. Comptes rendus, 7.

Cecchetelli: Ricerche sulle crisi urinarie in alcune malattie febbrili. C. m. I., 1.

Chancel: Hémoglobinurie au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. E. med., 22.

Charles: Hyperémie pharyngée chronique permettant de dépister l'albuminurie ou la glycosurie. Lyoner These, Imprim. Rey.

Clemens: Diazoreactionen d. Harns. Ziemssen's A., Bd 63, H. 1, 2.

Cloëtta: Genese d. Eiweißkörper bei Albuminurie. Naunyn's A., Bd. 56, H. 5 u. 6.

*Cohn: Fixation u. Conservir. d. Harnsedimente. Z. f. k. M., Bd. 38, 1—3.

Cohn: Familiäre Cystinurie. B. k. W., 23.

Colquhoun: Carbolic Acid as a Test for Albumin. L., 6, 5.

Combemale et Oni: Glycosurie alimentaire chez les femmes enceintes. E. méd., 45.

Couvelaire: Acétonurie transitoire du travail de l'accouchement. A. d. G., Juni.

Czerny: Glycosuria nella diagnosi della calcolosi biliare. B. de Cl., 6.

Dausset: Des éléments de pronostic au cours des ictères infectieux et, en particulier, de la glycosurie alimentaire. Pariser These, Jouve et Boyer.

Delmare: Glycosurie phloridzique et l'exploration clinique des fonctions rénales. G. d. h., 123.

Deroide et Oui: Une cause d'erreur dans l'analyse des urines albumineuses. L. méd., 14.

Donkin: Heilung d. Zuckerkrankh. d. abgerahmte Milch. Voigt, Leipzig.

*Dorset: New Stain for Bacillus tuberculosis. N. Y. M. J., 4. Febr.

*Duchoureau: Diabète sucré et son traitement hydrologique. Pr. méd., 1.

Ellinger: Bence-Jones'scher Körper im Harn bei Tumoren des Knochenmarks u. seine diagnost. Bedeut. Ziemssen's A., Bd. 62, 3/4.

Escat: Cas de bactériurie et sur la résistance de la vessie à l'infection. G. d. h., 1.

Exner: Glycosurie b. Cholelithiasis. D. m. W., 11.

Fish: Simple Test for Detection of Albumin in Urine. J. of C. M., Bd. 20, Juli.

*Fittipaldi: Per la conservazione dei sedimenti urinarii. Riv. clin. terapeut., 3.

Forchheimer and Stewart: Toxicity of Urine. A. J. of M. Sc., Sept.

Frank: Mucin-Gerinnsel im Harn. Z. f. k. M., Bd. 38, H. 4—6.

Funke: Heilung der Zuckerkrankh. Riese, Hagen.

*Gerhardt u. Schlesinger: Kalk- und Magnesiaausscheidung beim Diabetes mellitus u. ihre Beziehung zur Ausscheidung abnormer Säuren (Acidose). Naunyn's A., Bd. 42, H. 1.

Gilbert u. Weil: De l'indicanurie comme symptome isolé de l'insuffisance hépatique. Comptes rendus, 6.

Girandeau: Troubles de l'évolution des maladies infectieuses chez les albuminuriques. P. méd., 14.

Goin: Sur quelques résultats obtenus par l'étude de l'élimination du bleu de méthylène dans l'urine des éclamptiques. Pariser These, 98.

Gottlieb: Quant. Bestimmung des Harnstoffs in den Geweben u. Harnstoffgehalt d. Leber. Naunyn's A., Bd. 42, H. 2—4.

Graff: Wie soll der Zuckerkranke leben? Steinitz, Berlin.

*Gregor: Quant. Bestimmung reducirender Substanzen im Harn nach dem Verfahren von Zdenek Peska. Oberländer's Cbl., Bd. X, H. 5.

*de Groot: Het ammoniakgehalte d. urine bij verschillend diät. Nederl. tijdschr. voor geneeskunde, 11.

Grunert: Krankheitserscheinungen in der Mundhöhle beim Diabetes. Berlinische Verlagsanstalt.

Gudden: Fall von traumatischem Diab. mell. Friedreich's Bl., 1.

Guérin: Sozoiodol pour la recherche d. albumins urinaires. Riche's J., 12.

*Gussenbauer: Behandl. d. Gangrän b. Diab. mell. A. W. M. Z., 6 u. ff.
Gwyn: Presence of Typhoid Bacilli in Urines of Typhoid Fever Patients. B. of H. H. 99.
*Hallopeau, Emery et Leri: Xanthome tubéreux diabétique. A. de D. et de S., 6.
Hammarsten: Nachweis d. Gallenfarbstoffe, insbesondere im Harn. Sk. A. f. Phys., Bd. 9, H. 6.
*Harnack u. Kleine: Wert genauer Schwefelbestimmungen i. Harn f. d. Beurteilung von Veränderungen d. Stoffwechsels. Z. f. B., Bd. 19, H. 4.
Hartwig: Die Farbenreactionen des Blutes bei Diab. mell. (Bremer'sche Reaction). Ziemssen's A., Bd. 62, H. 3 u. 4.
Hawthorne: Peripheral Neuritis and Retinal Changes in Diabetes Mellitus. L., 30. Sept.
*Herringham: Versuche über die Toxicität des Harns. Pathological Society of London 99.
— On the Quantitative Analysis of Potassium and Sodium in Urine. J. of Ph., 6.
*Herz: Diabetes insipidus und Verdauungsapparat. Ein Capitel aus dem Werk des Verf.'s: Die Störungen des Verdauungs-Apparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. S. Karger, Berlin 98.
*— Diabetes mellitus u. Verdauungsapparat. Ibidem.
Herzog: Coma der Zuckerkranken und andere comaartige Zustände. B. Kl., Juni.
*— Behandlung des Coma diabeticum. B. k. W., 14.
His: Ausscheidung v. Harnsäure i. Urin d. Gichtkranken. Ziemssen's A., Bd. 65, H. 1, 2.
Hitzig: Ueber das Verhalten d. Harns bei Febris intermittens. Ziemssen's A., Bd. 62, H. 3 u. 4.
*Hofbauer: Alimentäre Glykosurie der Graviden. W. k. R., 1.
Hopkins and Hope: On the Relation of Uric Acid Excretion to Diet. J. of Ph. 98, 4.
Imbert et Gaujon: Un cas de bactériurie. Guyon's A., 3.
Jaksch: Aliment. Pentosurie der Diabetiker. Ziemssens's A., Bd. 63, 5/6.
Jarret: Indicat. of Premature Labor in Cases of Albumin. M. R., 30. Sept.
Jerome: Relation of the Degree of Acidity of Urine and Percentage of Uric Acid Therein Contained to Precipitation of Latter in Form of Uric Acid Gravel. J. of Ph. 98, 4.
Jobson: Urinary Analysis. J. of C. M., 4.
*Jolles: Gallenfarbstoffbestimmung im Harn. W. m. W., 28.
Jones: Action of Water of Blangammarch Wells on Uric Acid. L., 25. 3.
Joubert: Albuminurie dans la diphthérie traitée par le sérum. Pariser These, Jouve et Boyer.
*Kamtschatow: Wirkung d. Birkenknospen auf die Harnausscheidung. Wratsch, 24.
Kappler: Le cancer chez les diabétiques. Paris. These, Jouve et Boyer.
*Kausch: Glycosurie bei Cholelithiasis. D. m. W., Jan.
*Keim: Glycosurie de la grossesse et de la puerpéralité. Pr. méd. 98, 48.
*Klein: Preliminary Report on Examinations of Urine in Insane. 202 Cases. N. Y. M. J., 18. März.
*Köppen: Nierenblut. und Diazoreaction bei Grippe. Cbl. f. i. M., 18.
*Korda: Wirkung des Calomels bei allgemeinem Hydrops U. m. Pr., 1.
*Kotschorowski: Giftigk d. Harns der Neugeborenen. Petersb. Diss.
Kreuzmann: Albuminurie währ. der Schwangersch., ohne Convulsionen bei d. Mutter, jedoch m. Eclampsie bei dem neugebor. Kinde. F., H. 3.
*Krogius: Bactériurie. Guyon's A. 98, 12.
Krogius et Wallgren: Antagonisme entre le bacterium coli et urinaires Guyon's A., Bd. 17, H. 8.
Krüger: Behandlungsprincipien der Harnsäure-Diathese. Pusch, Wildungen (Bad).
Krzysztalowicz: Histologie des Xanthoma glycosuricum. Unna's M.-H., Bd. 29, No. 6.
Kühn: Diätetische Behandl. des Diabetes nach Lepine. A. M. C.-Z., 44.
Külz: Klinische Erfahrungen über Diabetes mellitus. G Fischer, Jena.
*Labardie-Lagrave, Boix et Noé: Toxicité urinaire chez la femme enceinte. Duplay's A., 5.

Lassar: Dermat. Complicationen des Diabetes u. ihre Therapie. D. Z., 1.
Leduc: Les sucres urinaires physiologiques des femmes en état gravido-puerpéral. Paris. These. Steinheil.
Lefas: Lésions des glandes salivaires chez un diabétique. C. r., 3.
Legueu: Infezione urinaria e infezione puerperale. B. de Cl., 9.
*Lengyel: Eiweißentziehung b. Diabetes mellitus. U. m. Pr. 98, 41.
*Lenné: Ernährungsfrage des Diabetikers. D. M.-Z., 24.
— Todesart bei Diabetes mellitus. A. M. C.-Z, 38 u. ff.
Leo: Wesen des Diabetes mellitus. D. m. W., 43.
*Lépine: Bons effects d'une infusion bicarbonatée dans un cas de diabète grave en imminence de coma. Lyon médical 98, 31.
Linossier: Valeur clin. de l'épreuve de la glycosurie aliment. Duplay's A., 4.
Lohnstein, H.: Fortschritte d. Diabetesforschung. A. M. C.-Z., 20.
— Einige neuere Arbeiten üb. physiologische und pathologische Chemie des Harnes nebst Anhang: Einige neue Harnprob. A. M. C.-Z., 34 u. ff.
*—, Th.: Neues Gährungssaccharometer. B. k. W. 98, 39.
Lommel: Herkunft d. Oxalsäure im Harn. Ziemssen's A., Bd. 63, H. 5/6.
*Londe: L'albumin. familiale intermittente. G. hebd., 68.
Lop: L'acétone dans les urines. G. d. h., 56.
*Löwe: Diazoreaction bei Scharlach und Masern. B. G. B. (russ.), 1.
Ludlow: Fallacious Test for Albumin in Urine, with Remarks on Best Tests. M. R., 7.
*Ludwig: Glycosurie u. alimentäre Glycosurie in der Schwangerschaft. W. k. W., 12.
Lumsden: 3 Cases of Diabetes insipidus. Du. J. of M. Sc., Juli.
Lüthje: 2 Beiträge zur Lehre von der Acetonurie. Cbl. f. i. M., 38.
Magnus-Levy: Oxybuttersäure und Coma diabeticum. Naunyn's A., Bd. 42, H. 2—4.
Malherbe et Legueu: Hématuries essentielles. G. d. h., 119, und G. hebd. 87.
*Manicatide: Lactosurie alimentaire des nourissons. Roumanie médicale, 1.
Mankiewicz: Salicylsulfosäure als Eiweißreagens. Casper-Lohnstein's M.-B., 4, H. 11.
Maragliano: Cura dei diabetici. B. d. Cl., 10.
*Maréchal: Sogen. Dupuytren'sche Contractur der Fascia palmaris bei Diabetes mell. J. de Neurol., April.
Marpmann: Bacterienbefunde im Harn von Diabetikern. Cbl. f. B. I., Bd. 25, 8—9.
– Milben im Harn. Ibidem
Masuyama u. Schild: Behandlung d. diabet. Steatorrhoe m. Pankreaspräparaten. Leyden-Goldscheider's Z., Bd. 3, H. 6.
*Mathieu: Urémie gastrique. Pr. méd. 98, 48.
*Mayer: Glykuronsäure im Harn. B. k W., 27.
— Successful Reduction of Sugar in Urine and an Abeyance of Pathological Symptoms in Diabetes Mellitus. M. R., 10. 12. 98.
*Meyer: Behandlung des Diabetes mellitus. K.-th. W., 4.
Michaelis: Ueber Diazoreaction u ihre klin. Bedeutung. D. m.W., 10.
Micheleau: Hyperchlorurie dans la symptomatologie d. affections tuberculeuses. Bordeauxer Th., 105.
Minkowski: Physiologie und Pathologie der Harnsäure bei Säugetieren. Naunyn's A., Bd. 41, H. 6.
Mongour et Gentes: Glycosurie alimentaire. Glycosurie phloridzique et bleu de méthylène. C. r., 27.
Montier: De la sialorrhée urémique. Pariser These 98. (H. Jouve.)
v. Moraczewski: Ausscheidung der Harnbestandteile bei Fieberbewegungen. Virchow's A., Bd. 155, H. 1.
Moreigne: Sur la cystinurie. Charcot's A., 2.
Morfaux: Recherches sur l'urobilinurie. Pariser These, Vigot Frères.
Morishima: Harnsecretion u. Glycosurie nach Vergift. m. Protocurarin u. Curarin. Naunyn's A., Bd. 42, 1.
Moscato: Diatesi urica d'origine gottosa ereditaria linfadenoma consecutivo per flemmasia locale transitoria. M., 2.

Muck: Neuer Fall von Mastoiditis bei ein. Diabetiker. Z. f. O., Bd. 35, H. 3.
Müller: Methylenblaufärbung des Diabetikerblutes (Williamson'sche Probe). M m. W., 25.
*Nemser: Albumosurie b. Scharlach. B. G. B. (russ.) 98, 49.
Nicolaier: Urotropin. Z. f. k. M., Bd. 38, H. 4—6.
Noack: Azoturia. J. of C. M., 5.
Noguès: Trouble des urines due à la présence exclusive des cellules epithéliales. Guyon's A., No. 6.
Olive: De l'indicanurie en général et particulièrement dans la grossesse et la puerpéralité. Pariser These. Jouve et Boyer.
*Oppenheimer: Bequemer Nachweis von Aceton im Harn u. anderen Körperflüssigkeiten. B. k. W., 38.
Patein et Dufau: De la nature du sucre urinaire d. diabétiques C. r. 5.
*Pechkranz: Acute hämorrhagische Neuritis nebst Hämoglobinurie nach Vergiftung mit den Cauvin'schen Pillen. G. l. (poln.), 12 u. ff.
Péhu: Cylindres urinaires dans le diagnostic et le prognostic des maladies rénales. G. d. h., 31.
*Philipps: Fall von Chylurie. W. m. W., 4.
Piéry: Rôle du foie dans la pathologie et la pathogénie du diabète sucre. G d. H., 15.
*Plosz: Diabetes u. Fettbildung aus Kohlehydraten. Oberländer's Cbl., 7.
Predöhl: Bacteriurie. M. m. W., 45.
Pregel: Ursachen d. hoh. Werte des $\frac{C}{N}$-Quotienten d. normalen menschlichen Harns. Pflüger's A., Bd. 75, H. 1 u. 2.
*Pribram: Neue Beitr. z Casuistik der intermittirenden Albuminurie der Adolescenten. Verhandlungen des XVII. Congr. für i. Medicin.
*Purdy: Quantitative Determination of Albumin in Urine. N. Y. M. J., 17. Juni.
— Dietetic Treatment of Diabetes Mellitus. J. of A. M. A., 3. 12. 98.
Quennec: Fièvre bilieuse hémoglobinurique et traitement par la quinine et le chloroforme. Mense's A, 2.
Quinto: Apparecchio per la regolare urinazione nell'epicistostomia. C. m., 20.
*Raphael: Alimentäre Glycosurie. Z. f. k. M., Bd. 37, H. 1 u. 2.
Raphaël: Glycosurie bei Atropinvergiftung. D. m. W., 28.
Raulin: Diabète maigre chez un adolescent. A. de m. et ch., 3.
*Rénon: La diète hydrique dans l'urémie. Pr. méd., 21.
*Rénon et Follet: Xanthelasma chez un diabétique non glycosurique. Pr. med., 4.
*Richardson: Urotropin als Desinficiens d Harns, besond. b. Typhus. Journ. of Experimental Med., Jan.
*Richter: Zur Frage des Nierendiabetes. B. k. W., 38.
Riebemont-Dessaigue et de Grandmaison: Dégénérescence scléreuse du placenta chez une femme non albuminurique. C. r., 3.
Riegler: Neue empfindliche Reaction auf Gallenpigmente. W. m. Bl., 12.
*Roget et Balvay: Guérison d'un cas de coma diabétique par des injections massives du sérum artificiel. Lyon médical, Februar.
Roques: Opothérapie hépatique dans le diabète sucré. Bordeaux. These, 94
Rosenbach: Dyspepsie b. motorisch. Insuffic. d. Harnappar. D. m. W., 33.
Rosenfeld: Fettleber beim Phloridzindiabetes. Z. f. k. M.
*Rosenqvist: Zuckerbild. aus Fett b. Diabetes mellitus. B. k. W., 28.
Rosin: Methode z. Bestimmung der reducirenden Kraft des Harns, des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten. M. m. W., 44.
Róth: Die moleculär. Concentrationsverhältnisse i. menschlichen Harn. Virchow's Arch. 98, Bd. 154, H. 3.
Routh: Albuminuria ed eclampsia puerperale. B. d. Cl., 4.
*Rumpf: Eiweißumsatz u. Zuckerausscheid. b. Diab. mell. B. k. W., 9.
Salkowski: Neues Verfahren zur Saxolsäure-Bestimmung im Harn. Cbl. f. d. m. W., 16.
*Salomon u. Krüger: Die Alloxurbasen des Harns und ihre physiologische Bedeutung. D. m. W., 6.
Sangregorio: Sull'azione diuretica della caffeina associata agli ipnotici. G. M. L., 18.
*Schmid: Uropherin als Diureticum. K.-th. W. 98, 43.

Scholtz: Nachw. v. Arsen auf biolog. Wege in d. Hautschuppen, Haaren, Schweiß und Urin. B. k. W., 42.
*Schreiber u. Waldvogel: Harnsäure-Ausscheidung unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Naunyn's A., Bd. 42, 1.
*Schreiber u. Zandy: Wirkung der Offenbach. Kaiser Friedrich-Quelle. Leyden-Goldscheider's Z., Bd. 2, 2.
Schröder u. Naegelsbach: Diazoreaction im Harne und Bacterienbefunde im Blute bei Phthisikern. M. m. W., 42.
Schröder: Diät und Wegweiser für Zuckerkranke. Steinitz, Berlin.
Schumacher II u. Jung: Einfache und zuverläss. Methode, quantitativ im Harn d. Quecksilber zu bestimm. Naunyn's A., Bd. 42, H. 2—4.
Schwarz: Leberveränderungen und Diabetes mellitus. W. m. W., 33.
— Physiol. u. Pharmacol. d. Diurese. Naunyn's A., Bd. 43, H. 1 u. 2.
Seelig: Bacteriurie. A. M. C.-Z., 43 ff.
Senator: Asthen. Lähmung, Albumosurie u. mult. Myelome. B. k. W., 8.
*Seng: Kritik der Diazoreaction. W. m. Pr., 37.
Sergent: La rétention dans la neurasthénie urinaire. Pariser These, G. Carré et C. Naud.
Setti: Sull' eliminazione nella polisarcia dei vari componenti azotati dell' urina, e sui loro rapporti con l'azoto totale. Rivista veneta, 15. 2.
*Smith: Diphtheria Bacilli in Urine. L., 9. 11. 98.
Smith: Origin of Uric Acid from Nuclein. — Compounds and Derivatives. J. of Ph., Bd. 25, No. 1.
Spiegelberg: Harnsäureinfarct der Neugebor. Naunyn's A. 98, Bd. 41, 6.
*Spitzer: Physiologie d. Harnsäure. Schl. Ges. f. v. C., M. S., 24. 3.
— Ueberführung v. Nucleinbasen in Harnsäure durch die sauerstoffübertragende Wirk. v. Gewebsauszügen. Pflüger's A., Bd. 76, H. 2—4.
Steggall: Quinine in Malarial Haemoglobinuria. M. R., 19. Aug.
Sternberg: Chem. u. Experiment. zur Lehre vom Coma diabeticum. Z. f. k. M., Bd. 26, H. 1—3.
*Stokvis: Over melanurie. Nederl. tijdschr. voor Geneeskunde, 15. Juli.
Strassmann: Fötale Harnsecretion und Herkunft des Fruchtwassers. His' A., Supplement-Bd., I Hälfte.
Strauss: Tabes u. Glycos. N. C., 15. 10.
Strubell: Ueber Diabetes insipidus. Ziemssen's A. 98, Bd. 62, H. 1 u. 2.
Tangl: Energiegehalt des menschl. Harns. His' A., Suppl.-Bd., I. Hälfte.
*Tarasow: Pharmacol. d. Blätter u. Knospen d. Birke. Wratsch 98, 51.
Teissier: Albuminurie hépatogène. S. méd., 36.
*Terray: Principien d. diätet. Beh. des Diab. mell. P. m.-ch. Pr., 1 u. ff.
*Töpfer: Harnstoffbestimmung im Harn. W. k. R., 23.
*Treub: Hématurie gravidique. Pr. méd., 16.
Tuckett: Auto-Intoxicat. as Cause of Pancreatic Diabetes. J. of Ph., 25, 1.
*Velich: Experimenteller Diabetes W. k. R. 98, 51 u. 52.
Vidal: Sur l'hypazoturie et sa veritable signification. Baudouin's A., 8.
Vlaccos: Abcès splénique consécutif à un anthrax chez un diabétique. Reclus' Bulletins, 18.
Waldvogel: Acetonurie. Z. f. k. M., Bd. 38, 4—6
Warden: Urinary Antisepsis. Ed. M. J., März.
*Weber: Beh. d. Coma diab. durch subcutane u. intraven. Infusionen. Leyden-Goldscheider's Z., Bd. 3, 1.
*Weiss: Behandlung der harnsauren Diathese. B. k. W., 14.
West: Diabetes with Recovery in a Fat Man with a Family History of Diabetes. L., 3. Juni.
— Albuminuric Retinitis. L., 19. Aug.
Wiener: Zersetzung u. Bildung der Harnsäure im Tierkörper. Naunyn's A., Bd. 59, H. 5 u. 6.
*Wilcox: Ein neues Desinficiens des Urins. M. N., 12. 11. 98.
Wille: Mundhöhlensymptome d. Diabetes mell. Correspbl. f. Z., Bd. 28, 4.
Williamson: Detect. of Small Quantities of Sugar in Urine. P., Dec. 98.
*Winokurow: Ehrlich'sche Diazoreact. b. Kind. Djetskaja medicina.
*Wolf: Diazoreact. K.-th. W. 98, 49.
*Zebrowski: Chir. Complicat. bei Diabetes mell. G. l. (poln.) 98, 49.
Zeller: Cataract u. Diabet. Pietzcker. Tübingen.

III. Gonorrhoe und ihre Complicationen.

Ahlstrôm: 100 Fälle von Urethritis gonorr. anterior acuta mit Protargol als Abortivum behandelt. D. C., 2.

*Almkvist: Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone. Pick's A., Bd. 49, H. 2 u. 3.

*Antonelli: L'acido picrico nello cura della blennorragia acuta. Gazzeta degli ospedali 98, 100.

Barrieu: La blennorrhagie simple chez l'homme, son traitement par les injections d'huile iodoformée. Pariser These. Achille Pradier.

*Bender: Weitere Mitt. über neuere Antigonorrhoica. W. m. Pr. 98, 48/49.

Berg: Protargol bei Gonorrhoe. Th. M.-H., 5.

Bettmann: Eosinophile Zellen im gon. Eiter. Pick's A, Bd. 49, H. 2/3.

*Bjelogolowy: Gonorrh. Endocarditis. Wratsch, 2.

*Bloch: Gon. Gelenks- u. Nervenerkrankungen. Pick's A., B. 48, H. 3.

Blokusewski: Nachtrag z. Artikel „Austilgung d. Gon." A. M. C.-Z., 20.

Bouvy: Blennorrhée vulvo-vaginale des enfants. Pariser These. Maloine.

Brau: Traitement de la blennorrhagie par les lavages de l'urèthre. Pariser These. Delmas.

*Broquehaye und Servel: La myosite blennorrhagique. Guyon's A. 98, 12.

*Budugow: Protargol bei Gonorrhoe. Wratsch, 3.

Buschke: Exantheme bei Gonorrhoe. Pick's A., Bd. 49, H. 2.

Cahn: Dacryocystoblennorrhoe. Beiträge zur Augenheilkunde, 39.

Calmann: Gonorrhoe beim Weibe. D. Z., Bd. VI, 4.

Caro: Tripperprophylaxe nach Ernst Frank. A. M. C.-Z., 63.

Cavart: Valeur des principales médications de l'uréthrite blennorrhagique aiguë. Pariser These. Carré et Naud.

Cipriani: Argentamin-Behandl. der Leukorrhoe. Casper-Lohnstein'sche M.-B., H. 7.

*Colombini: Merkwürdiger Fall v. allgem. gonorrh. Infection. Cbl. f. B. 98, Bd. 24, H 25.

Damas: Traitement de l'hydarthrose blennorrhagique. G. hebd., 4.

*Desnos u. Guillon: Picrinsäure-Instillationen bei chron. Gonorrhoe. Rev. de thérap. médico-chir., 15. 7.

Eastman: Gonorrhea in Women. J. of A. M. A., 3.

Eichhorst: Muskelerkrankung bei Harnröhrentripper. D. m. W., 42.

Englisch: Periurethritis infectiosa. W. m. W., 44.

Feigl: Behandl. d. blennorrh. Cervixkatarrhs auf Grundl. d. Antagonismus der Mikroorganismen nach d. Landau'schen Meth. W. m. W., 45.

Feleki: Antiparasitäre Heilmeth. d. Harnröhrenblennorrh. W. k. R., 44.

Fidele: Nove casi di blenorragia curati nel Protargolo. B. d. Cl., Februar.

*Fournier: Blennorrhagie chez garçon d. quatre ans. A. de D. et de S., 4.

Frank: Prophylaxe des Trippers. A. M. C.-Z., 5.

*Fürst: Largin-Therapie der Gonorrhoea muliebris. D. Z., 1.

*Garmaschew: Beh. d. Gonorrhoe m. Protargol. W. M. J. (russ.), Dec. 98.

Greenberg: Recurring Gonorrhea. J. of the A. M. A., 16.

*— Gonorrhoeal Vaginitis and its Treatment. N.-Y. M. J., 25. 3.

Grünbaum: Beh. d. männl. Gonorrhoe m. Metallsalzen. W. m. Bl., 11.

Guiard: Les complications de la blennorrhagie aigue et chronique chez l'homme. Guyon's A., 1.

Hochstätter: Therapie der Gonorrhoe. Gyogyaszat, 13 u. 14.

*Jacquet: Hyperaesthésie névro-musculaire chez un arthroblennorrhagique. A. de D. et de S., 2.

*Jalabert: Bartholinitis et leur traitement. Lyoner These 98.

Jamison: Abortive Treatment of Gonorrhoeal Ophthalmia by a Cantholysis and the Thorough Application of Nitrate of Silver Forty Grams to the Ounce. M. R., 23.

*Jellineck: Neues Argoninpräparat. U. m. Pr. 98, 48.

Jicinsky: Pleuritis Gonorrhoica. J. of A. M. A., 5.

Jullien: Tripper und Ehe. Gebr. Borntraeger, Berlin.
Jundell u. Åhmann: Reinzüchtung des Gonococcus Neisser. Pick's A., Bd. 38, H 1.
*Juwatschew: Beh. gonorrh. Urethritiden mit Ausspülungen mittelst eines neuen Katheters mit Rückstrom. Wratsch, 36 u. ff.
*Kalinderu: Spinale Complicationen der Gonorrhoe. K.-th. W., 38.
*Kedrowski: Bacteriel. Diagnose d. gonorrh. Erkrank. M. O. (russ.), Apr.
— Gonokokken-, Diphtheriebacillen- und Tuberkelbacillenculturen auf Wassermann'schen Nährböden. M. O. (russ.), Februar.
*Kleinmann: Protargol bei Gonorrhoe. Wratsch, 27.
*Klingmüller: Jodipin i. subcutaner Anwend. b. tertiär. Lues. B. k. W., 25.
*Kopp: Therapie u. Prophylaxe der Gonorrhoe d. Mannes. M. m. W., 31.
Kromayer: Die „Definition" Heilung der Gonorrhoe M. m. W., 45.
Larroudé: Électrolyse linéaire aurétrécissements de l'urèthre et la blennorrhée. Par. These, Jouve & Boyer
*Loeb: Harnröhrencapacität und Tripperspritzen. M. m. W., 31.
Lohnstein, H: Neueste Arbeiten über die Behandlung der gonorrh. Urethritis A. M. C.-Z., 44 u. ff.
— Einige neuere Arb. über Biologie des Gonococcus u. pathol. Anatomie d gon. Processes. A. M. C.-Z., 23 u. ff.
Lucas: Gonococcus Joint Disease in Infants, secondary to Purulent Ophthalmia. Proceedings, Bd. 9, H. 6.
Malovsky: Rôle de la toxine du Gonocoque. A. de G., November.
*Marer: Urethritis gonorrhoica bei e. 5 Mon. alt. Kinde U. m. Pr., 23 - 24.
Milian: Forme myélopathique du blenno-rhumatisme. P. méd., 34.
*Mirobulow: Exsudatives Erythem in Folge v. Gonorrhoe. Wratsch, 29.
Mitchell: The Gonococcus. M. N., 13. 12. 98
*Moltschanow: Pathogenese d gon. Erkrankungen des Nervensystems. Wratsch, 25. Deutsch: M. m. W., 31.
Mueller: Treatment of Gonorrheal Urethritis. J. of A M. A, 12.
Neisser: Gonorrhoe u. Eheconsens. M. m. W., 36.
Nicolau: Les manifest. spinal. de la blennorrhagie. Roumanie méd., 1.
Nobl: Causale Therapie der Blennorrhoe. Cbl. f. d. ges. Th., Juni.
*Nolen: Gonorrhoe b. jung. Mädch. Nederl. Tijdschr. v. Genesk. 98, 4.
Oefele: Gonorrhoe 1350 vor Christi Geburt. Unna's M.-H., Bd. 29, H. 6.
Peck: Protargol and Argonin in the Treatment of the Purulent Ophthalmia of Infant. M. N., 3.
Pelisse: Les récidives dans le rhumatisme blennorhagique Pariser These. G. Steinheil.
*Pini: Di un nuovo sale d'argento nella cura della blennorragia. Boll. di chim. e farm., Oct. 98.
Porges: Das jüngste Antigonorrhoicum: Largin. W. m. Pr., 44.
*Regnauld: Réflexions sur trente cas de blennorrhagie traités par le protargol. Guyon's A. 98, 12.
*Reichmann: 2 Fälle isolirt. gonorrhoischer Erkrank. d. paraurethral Gänge. Pick's A., Bd. 49, H. 1.
*Renault: 2 malades atteints le premier de myélité chronique dorso-lombaire, le second d'arthrite ankylosante de la colonne vertébrale, peut-être même de syringomyélie, dans le cours de blennorrhagie chronique. A. de D. et de S., 7.
*Riehl: Ueb. Gonorol. W. k. W. 98, 52.
Robbins: Urethral Disease and Marriage. J. of A. M. A., 22.
Rousseau: De la peritonite blenorrh. chez la petite fille. G. d. h., 20.
*Saloschin: Beh. d. Gonorrhoe bei Frauen m. Protargol. K.-th. W. 98, 25.
*Scatolari: Prima centurie di uretrite da gonococco curate con l'acido picrico. Milan Rancate 98.
*Schauta: Gonorrhoe u. Schwangerschaft. A. W. M. Z., 2.
Schill: Credé's Silbersalze (Itrol und Actol) sow. lösl. Silb. Th. M.-H., 3 ff.
Schiller: Kommen auf den Schleimhäuten d. Genitalorg. d. Frau Gonokokken vor, ohne daß klin. Ersch. v. Gonorrh. vorh. sind? B. k. W., 41.
*Scholtz: Biologie des Gonococcus. Pick's A., Bd. 49, H. 1.
*Schultz: Pathologie und Therapie d. Uterusgonorrhoe. U. med. Pr., 9.
Séjournet: Le traitement de la blennorrhagie. G. d. h., 53.

*Somogyi: Largin in Ther. d. Gon. U. m. Pr., 21—22 u. P. m.-ch. Pr., 28.
Spellanzon: Rottura di corda blennorragica. Rivista veneta, Bd. 31, 4.
*de Stella: Rhinitis gonorrhoica bei Kindern. Belg. méd., 4.
*Swinburne: Treatment of Acute Gonorrh. J. of Cut. and G.-Ur. D., 3.
Taylor: Gonorrhoeal Salpingitis Br. G. J., August.
Thivrier: Complications parauréthrales de la blennorrhagie, folliculité simple, folliculité enkystée, abcès péri-uréthraux, cowpérite et péri-cowpérite. Paris. Th., P. Delmar.
*Tipzew: Protargol bei Gonorrhoe des Mannes Wratsch 40.
Voisin: La talalgie blennorrhagique. Pariser These, Baillière et fils.
Vönner: Fall von primärer Vaginitis gonorrh. M. f. G. u. G., 2.
Waterhouse: On Some Complicat. of Gonorrhoea in the Mole. P., März.
*Weiss: Aetiolog. Behandlung der Gonorrhoe. N.-Y. m. W., 2.
Welander: Behandlung der Augenblennorrhoe. Pick's A. 98, Bd. XLVI, Heft 3.
— Protargol als Prophylacticum gegen Gonorrhoe. W. m. Bl., 2.
*Wereschtschagin: Protargol bei Gonorrhoe. Wratsch, 25.
*Werler: Ambulante Beh. d. gon. Nebenhodenentzünd. Th. M.-H., 8.
Witte: Gonorrhoische Epididymitis. Pick's A., Bd. L, H. 1.
Wooten: Acute Gonorrheal Meningitis. J. of A. M. A., 4.
*Würdinger: Tripperbeh. i Münch. Garnisonlazar. 82—98. M. m. W., 31.
*Yantchuleff: Rhumatisme blennorrhagique chez les nourrisons. Lyoner These 98.
Youmans: Acute Gonorrhea: Its Prevention and Cure. J. of Cut. and G.-Ur. D., August.

IV. Lues und die übrigen venerischen Krankheiten.

*Abramow: Gefäßveränderungen bei Syphilis. Klinitscheski Journal. Deutsch: Ziegler's B., Bd. 26, H. 2.
*Adami: Syphilis and the Liver. N.-Y. M. J., 22. April.
Adler: Observations on cardiac Syphilis. N.-Y. M. J., 22 10. 98.
Adrian: Syphilisimpfungen a Tiere. Pick's A., Bd. XLVII, H. 2.
— Venerischer Bubo u. Buboneneiter. Pick's A., Bd. 49, H. 1.
*Ahman: Syphilisbehandlung mit Mercurial. Pick's A., Bd. 48, H. 1.
*Akazatow: Syphilisbehandl. nach Prochorow. Wratsch, 18.
*Angyán: Fall von Lebersyphilis. U. m. Pr., 25.
Audeoud: Un cas d'hydrocephalie hérédo-syphilitique guéri par le traitement spécifique R. méd., 1.
*Audry: Herpes als Vorläufer des Schankers. Unna's M.-H., 4.
*Augagneur: Injections de sérum de Hayem dans les syphilis malignes. A. de D. et de S., 5.
*Babinski et Charpentier: De l'abolition des reflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis. A. de D. et de S., 7.
Bacaloglu: Artérite syphilitique des deux sylviennes et du tronc basilaire. Pr. méd., 17.
*Balzer et Gauchery: Glossite scléreuse syphilit. chez une femme de 33 ans. A. de D. et de S., 6.
*Bangs: Treatment of Syph. N.-Y. M. J., 8. April.
*Bar: Mort d'un nouveau-né syphilitique par hémorrhagie pleurale et par rupture de la rate avec hémorrhagie profuse dans le péritoine. A. de D. et de S., 5. Sept.
*Barbe: Hérédo-syphilis tardive. A. de D. et de S., 3.
*Barthélemy: Hérédo-syph. tardive monosymptomatique. A. de D. et de S., 3.
*— Hérédo-syphilis tardive prise pour une tuberculose. Guérison rapide par l'huile grise. A. de D. et de S., 7.
*— Au sujet du mémoire de M. de Beurmann sur les limites de l'infection syphilit. A. de D. et de S., 7.
Batten: Syphilis. J. of A. M. A., 5.

Batten: Nefrite sifilitica precoca. C. m., 23 u. ff.

Bayet: De l'admissibilité des syphilitiques aux assurances. Fr. méd., 41. Deutsch: K.-th. W., 43.

— Paralysie alterne supérieure au cours de la période secondaire de la syphilis. J. de méd. de Paris, 39.

*Bennati: Syphilis maligne précoce sans réaction ganglionnaire. A. de D. et de S. 98, 12.

*Beurmann et Delherm: Du diagnostic entre le chancre infectant et certaines ulcérations tertiaires. A. de D. et de S, 6.

*— — Quelles sont les limites de l'infection syphil. A. de D. et de S., 6.

*— — Syphilis gommeuse. A. de D. et de S., 7.

Bevan: Syphilis in Surgical Practice. J. of A. M. A., 5. August.

Bloch: Kannten die Alten die Contagiosität venerischer Krankheiten? D. m. W., 5.

— Altertumssyphilis. Unna's M.-H., Bd. 28, 12.

Boas: Treatment of Syphil. Anemia. L. M. J., 2.

*Bondarenko: Bedeut. d. Schwefelbäder in der Syphilisbehandlung. Russki medicinski wjestnik, 6.

*Borowski: Reinfectio syphilitica. Wratsch 98, 43.

*Bovero: Rinvigorimento del virus sifilitico. Gazz. med. d. Torino 98, 43.

*Braquehaye: Deux observations pour servir à l'histoire des arthropathies tardives dans la syphilis héréditaire. A. de D. et de S. 98, 12.

*Brault: Eczéma séborrhéique et injections de calomel. A. de D. et de S., 1.

*Bruckmeyer: Ein Fall von ererbter Syphilis. U. m. Pr., 25.

*— Schwere tert. Syphilis. P. m.-ch. Pr. 98, 45.

Brüggemann: Contagiosität der Syphilis. D. C., 5.

Buchholz: Fall syphilit. Erkrank. d. Centralnervensystems. A. f. Ps., Bd. 32, H. 1.

*Bull: Syphilis of Eye and Its Appendages. M. N., 20.

Buret: Prophylaxie des maladies vénériennes. Fr. méd., 44.

*Burghart: Innerl. Anwendung d. Jodipins bei Lues. D. M.-Z., 65.

Charmeil: La fréquence de la syphilis. E. méd., 42.

*Chopping: 84 Cases of Syphilis treated by Intravenous Injection of Cyanide of Mercury. L., 18. Febr.

*Chraznowska: Sur un cas d'hérédo-syphilis. A. de D. et de S., 7.

Christ: Syphilitischer Primäraffect oder mechan. Insult? W. z. M., 2.

Cocks: Yongest Case of Initial Lesion of Syph. J. of Cut. and G. Ur. D., Juli.

Colombini: Histol. Mitteil. üb. einen Fall von Osteosclerosis syphilitica des Stirnbeins. Unna's M.-H., 9.

*Creutz: Tertiarisme bucco-pharyngé dans la syphilis des indigène Algériens. A. de D. et de S. 98, 11.

*Csillag: 4 Fälle v. extragen. weich. Schanker. Pick's A., Bd. 48, H. 3.

Mc Curdy: Venereal Arthropathies. A. of S. 98, 12.

Dalgliesh: Syphilitic Disease of the Stomach. L., 12. Aug.

*Danlos: Vergetures syphilitiques du tronc. A. de D. et de S., 5.

*— Orthoforme et calomel en injections dans un cas de glossite tertiaire. A. de D. et de S., I.

*— Chancres syphilitiques du mamelon chez une nourrice. Pr. méd., 4.

*Dawbarn: Signs of inherited Syphilis. N.-Y. M. J., 8. April.

Deck: Syphilis et réglementation de la prostitution en Angleterre et aux Indes. Paris. These. Carré et Naud.

Diehl: Can Syphilis be Cured? Bu. M. J.. April.

Donnellan: Arm-to-Arm Vaccination. Nasopharyngeal Syphilis a Resultat thereof. J. of A. M. A., 23.

van Dort: Protrahirter Verlauf der 1. Latenzperioden b. Syph. D. C., 9.

Downie: Syphilitic Ulceration of Trachea. B. M. J., 14. Oct.

Drennen: Syphilis of the Nervous System. J. of A. M. A., 12.

Dreyer: Syph. u. Trauma. M. f. U., 10.

*Durante: Gommes congénitales du sterno-mastoïdien. Soc. obstétr. de Paris 98.

*Emery: Cas de syphilis ignorée. Phagédénisme tertiaire de la verge. A. de D. et de S. 98, 11.

*Etienne: Hyperostose massive totale des deux tibias, nécrosante, d'origine hérédo-syphilit. A. d. D. et de S.

*Eudlitz: Syphilis héréditaire tardive probable. A. de D. et de S., Juni.
Fabre et Patel: Influence de la syphilis post-conceptionelle. Charcot's A., Jahrg. 11, No. 5.
*Faivre: Psoriasis et syphilis. A. de D. et de S., 4.
Fournier: Danger social de la syphilis. Fr. méd., 37.
*— Hérédo-syphilis et ichtyose. A. de D. et de S., 4.
— Della cura preventiva dell'eredità sifilitica paterna durante la gravidanza. B. d. Cl., 4.
*— Une famille de dégénérés par la syphilis et l'alcool. A. de D. et de S., Mai.
*— Hygiene des Syphilitikers. W. m. Bl. 98, 41.
*— Cas de syphilis réfractaire au traitement spécifique. A. de D. et de S., 7.
— Glossite syphilo-épithéliomateuse. A. de D. et de S., December 98.
— et Gaston: Glossite syphilo-épithéliomateuse phagédénique ulcéreuse. A. de D. et de S., 2.
*— et Loeper: Deux cas de phlébite syphilitique secondaire. A. de D. et de S., 1.
— — Mal de Pott syphilitique de la colonne cervicale. A. de D. et de S., 2.
*Fox: Differential Diagnosis of Syphilitic Eruptions and Signs in Skin of Former Syp. N.-Y. M. J., 8. April.
Fraenkel: Acquirirte Magen-Darm-Syphilis. Virchow's A., Bd. 5, H. 3.
Freund: Fortschritte d. Dermatologie u. Syphiligraphie. K.-th. W., 21.
*Frolow: Hydrargyrum bijodosalicylicum b. Syph. B. G. B. (russ.), 25.
Fusier: Oedèmes syphilitiques. Lyoner These, Imp. P. Legendre.
*Galezowski: Des récidives dans la syphilis oculaire et du moyen de les prévenir. A. de D. et de S.
*Galliard: Adénite et phlegmasia consécutives au chancre mou. Pr. méd., 26.
*Gaston: Modifications épithélioïdes de la muqueuse linguale dans un cas de glossite gommeuse et mercurielle. A. de D. et de S., 7.
Gilbert: Syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications (orbite, crâne). Pariser These, Jouve & Boyer.
*Giovannini: Tentativi di disinfezione di ferite infette con pus di ulceri veneree per mezzo del sapone comune. G. medica di Tor. 98, 45/46.
Glück: Gabriel d'Ayala über die Syphilis. Pick's A.
*— Erworbene Syphilis bei Kindern u. jugendl. Pers. W. m. W. 98, 49.
Goldschmidt: Glatte Atrophie der Zungenbas. b. tert. Syph. B. k. W., 43.
*Gottheil: Gummatous Periostitis and Osteitis, Perforation of Cranial Vault. N.-Y. M. J., 4. Februar.
Griwzow: Außergew. Localisation der allgemeinen Syphilis. Zwei Fälle von syphilitischer Cystitis. Casper-Lohnstein'sche M.-B., 8.
*Grosglik: Fall von frühzeitiger tertiärer Syph. Unna's M.-H., 8.
— Syphilis mit früher Erscheinung von Krankheitsproducten der tertiären Periode. Medycyna, 10.
*Gruder: Initiale u. postinitiale Sclerosea d. Augenlidern. W. k. W. 98, 41.
Grünbaum: Neuere Behandlungsmethode d. Syphilis. W. m. Bl., 19.
Guérin: Syphilis du coeur. Pariser These. Jouve & Boyer.
Guiard: Le danger vénérien pour la santé publique. J. de méd. de Paris, 2.
*Hallopeau et Briat: Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique, développée au pourtour d'un chancre induré. A. de D. et de S., 5.
*— et Léri: Condylomes acuminés massifs développées sur des syphilides végétantes et les dangers de la médication chromique. A. de D. et de S., 4.
*Hanszel: Circumscriptes Gumma der Trachea. W. k. W. 98, 42.
Hartge: 5 Fälle von Herzsyphilis. P. m. W., 42.
Hartley: Some Surgical Aspects of Syphilis. M. N., 23. Sept.
*Héresco et Druelle: Incontinence d'urine chez un syphilitique. Guyon's Annalen, 1.
Heymann: Fall v. durch Umstech. und Naht geheilter Nabelblutung bei einem congenitalen syphilitisch. Neugeborenen. Cbl. f. Gyn., 44.
*Hildes: Behandl. der Syphilis mit variabel dosirten intramusculären Sublimatinjectionen. A. W. M. Z., 6.

*Hochsinger: Pathogenese d. congenitalen Frühsyphilis. D. C., 9.
Homén: Syph.-Tabes-Frage. N. C., 10.
*Hopf: Hyrgol (Hydrarg. colloidale) in d. Syphilisther. D. Z. 98, Bd. 5, 6.
Hoppe-Seyler: Sul rammollimento centrale del midullo spinale della meningite syphilitica. B. d. cl., 1.
Horowitz: Traitement du chancre mou et de ses complications. G. hebd., 39. Deutsch: Cbl. f. d. ges. Th., 4.
Howland: Cause and Treatment of Bubo. M. N., 26. 11. 98.
*Huber: Lues hereditaria mit zerfallenem gumm. Syphilid d. harten Gaumens. U. m. Pr., 25.
*Hültl: Syphilit. Erkrankung der Schilddrüse. U. m. Pr., 36—37.
*Imbert: Des arthropathies syphilitiques. A. de D. et de S., 21.
*Jaeggle: Fall von Alopecia areolaris syphilitica. Militärarzt, 17—18.
— Fall von galoppirender Syphilis. Militärarzt, 17—18.
*Jermakoff: Haemolum hydrargyro-jodat. geg. Syph. Wratsch 33.
Jullien: Vénériennes à Saint-Lazare. Fr. méd., 43.
*— Le verre bleu en syphiligraphie. A. de D. et de S., 1.
*— et Thuvien: Réinfection chez les hérédo-syphilitiques. A. de D. et de S., 4.
Karvonen: Pathogenese der hereditären Syphilis. D. C., 12.
*King: Relation of Syphilis to Cancers of Mucous Membranes. N.-Y. M. J., 5. 11. 98.
*Kiesling: Lues galoppans mit schwer. Knochenaffect. B. k. W., 35.
*— Fall von Framboesia syphilitica. B. k. W., 13.
Knotz: Fall von syphilitischer Meningitis. W. m. Pr., 21 u. ff.
*Kobylin: Schwefelwannenbäder in d. Syphilisbehandl. Wratsch 98, 42.
*Korbel: Behandlung der Syphilis mit 5proc. Sublimatlösungen nach Lukasiewicz. W. k. R., 30.
Krewer: Lues cerebrospinalis und multiple Herdsclerose. Z. f. k. M., Bd. 37, Heft 3 u. 4.
*Kuperwasser: React. d. Blutes auf Quecksilber b. Syphilitikern. Arch. des scienc. bilog., Teil VI, No. 4.
*Lang, Neumann: Je ein Fall von Syphilis praecox. W. k. W., 7.
Lapowski: Syphilisbehandl. F., 10.
Lebard: La syphilis contractée après 60 ans. Paris. These, Jouve et Boyer.
*Legrain: Varicocèle douloureux symptomatique de gommes du rein chez un hérédo-syphilit. Guyon's A. 98, 12.
Legrand: Étude comparée des mal. vénériennes. Brouardel's A., Nov.
*Levitzky: Fall von Gonitis syphilitica. Djetskaja Medicina, 1.
*Ley: Gummigeschwülste in der Hohlhand. D. m. W. 98, 43.
Licherthal: Prevention of Veneral Diseases. J. of A. M. A., 3.
*Lochte: Enteritis syphilitica. B. k. W. 98, 48.
Loeb: Tingible Körperchen in syphilitischen Producten. D. C., 1, Oct.
Loewenstein: Verschied. Formen der Syphilisbeh. A. M. C.-Z., 55.
*Loktew: Pathol.-anat. Veränder. d. Auges bei Syphilis hereditaria der Säuglinge. Wratsch, 19.
Mackay: Syph. in Etiology of Simple Ulcer of Stomach. L., 24. 12. 98.
Maitland: On „Chronic Venereal Sores", or „Ulcerating Granuloma". L., 17. Juni.
— Peripheral Neuritis Following the Soft Sore (Syph.). B. M. J., 4. Febr.
*Malyschew: Fall von Syphilis cutanea vegetans Wratsch, 23.
*Manfanowski: Behandl. d. Ulcus molle mit Dampf. Wratsch, 12.
*Mapes: Shall Patients be Informed that they have Cancer or Syphilis? N.-Y. M. J., 15. 10. 98.
Marcou: Leucomélanodermie syphilitique (lèpre kabyle). Paris. These. Jouve et Boyer.
Marshall: A Case of Syphilis with No Primary Sclerosis. L., 20. Mai.
*Massol: De l'hémiplegie spasmodique infantile d'origine hérédo-syphilitique. A. de D. et de S. 98, 11.
*Maurange: Traitement de la syph. par les injections de serum artificiel bichloruré. Robin's Bull., 15. Jan.
*Messarosch: Gleichzeitig. Verlauf von Lepra u. Syphilis. Wratsch, 33.
Mingazzini: Studien über Frühsyphilis des Gehirns. M. f. Ps. u. N., Bd. V, H. 2.

*Mohr: Primäres syphil. Geschwür d. Augenlides. P. m.-ch. Pr. 98, 52.
Morel-Lavallée: Poussées dénutritives de la syphilis au cours des périodes de santé apparente. Fr. méd., 39.
*Moskowits: 2 Fälle von schwerer Rachensyphilis. U. m. Pr., 28—29.
Mott: Relation of Syphilis. J. of Ment. Sc., October.
*v. Navratil: Multiple Gummata d. Zunge. P. m.-ch. Pr., 32.
*Neisser: Was wissen wir von einer Serumtherapie bei Syphilis und was haben wir von ihr zu erhoffen? Pick's A. 98, Bd. 44, II. Teil.
Neuhaus: Syphilidolog. Beiträge. Unna's M.-H., 12.
*Neumann: Dauer d. Contagiosität d. Syphilisproducte. Contagiosität d. tertiären Syphilis. W. m. Pr., 1.
Nicolle: Chancre mou chez le singe. P. méd., 88.
— Therapie d. Syphilis. W. m. W. 32.
Niessen: Cultur d. Syphilisbacillus. W. m. W., 11 u. ff.
*Nonne: Dementia paralytica als einziger Ausdruck heredit. Syphilis b. ein. 12j. Kinde. Mitt. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten, Bd. II, H. 2.
Oberwarth: Syphilitische Pseudoparalyse. J. f. K., 4.
Ohmann-Dumesnil: Squamous Palmar Syphilide. L. M. J., Nov.
Okamura: Geschichte der Syphilis in China u. Japan. Unna's M.-H., Bd. 28, No. 6.
Palmgrèn: Gummata der Hohlhand. D. C., 8.
*Perrin de la Touche: Chancre syphil. de la main. A. de D. et de S., 4.
*Petersen: Einfluß der Menstruation auf d. Verlauf des weich. Schankers. Wratsch, 9.
Petersen u. Stürmer: Verbreitung der Syphilis, d. venerischen Krankheiten und der Prostitution in Russland. Karger, Berlin.
*— Veränderung der Zähne bei Syphilitikern Wratsch, 31.
Picaudet: Sur la Réinfection syphil. Pariser These. Malvine.
Piccardi: Syphiloderma haemorrhagicum adultorum. Pick's A., Bd. L, 1.
Pingler: Syphilis. Wesen u. gründl. Heil. auf kürz. Wege. Steinitz, Berlin.
*Proksch: Syphilis der Harnleiter. Pick's A., Bd. 49, H. 2.
*Quimet: Syphilis and its Relation to Pregnancy. M. R., 26. 11. 98.
Rasch: Beziehungen d. Aortaaneurysmen zur Syphilis. Picks's A., 1.
*Ratner: Syph. d. Leber. Wratsch, 21.
Raymond: L'hérédité dans la syphilis. Pr. méd., 33.
*Raynaud: Syphilis héréditaire. Gomme ulcérée de la jambe; fracture spontanée du tibia, faisant saillie hors de la plaie depuis 6 mois, sans réaction sensible chez un kabyle. A. de S. et de D. 98, 12.
*Renault: Roséole syphilitique étendue à la face et prurigineuse seulement à ce niveau. A. de D. et de S., 5.
Rendu: Stigmates dystrophiques de syphilis héréditaire et malformation cardiaque congénitale. B. de l'a. de méd., 28.
*Rénon: Fragilité du rein dans la syphilis. P. méd, 30.
Renzi: Sifilide spinale. B. de Cl., 9.
*Richter: Sanatogen, bes. b. Syphilis- u. Quecksilbercachexie. D. M.-Z., 61.
*Rille: Calomeleinreibungen bei Syphilis. Pick's A., 44.
— Fall v. Pigmentsyph. W. k. W., 28.
*Rischawy: Vollständige Verwachsung d. Epiglottis mit dem Zungengrund nach Heilung luetischer Geschwüre. W. k. W., 22.
Ritter: Syphilitische Affectionen der Mundhöhle und der Kieferknochen. Correspbl. f. Z., Bd. 28, 4.
*Rona: Lichenoides Syphilid a. einem tuberculösen Individuum. P. m.-ch. Pr. 98, 45.
*— Ein Fall von Lues maligna. U. m. Pr., 25.
*— Eine Manifestation der Lues am recht. unt. Augenlid. U. m. Pr., 25.
*Rosenquist: Extragenitale Syphilis-Infectionen. W. S., 15. 12. 98.
Roubinovitch: Diagnostic et traitement de neurasthénie syphilitique. Fr. méd., 22.
*Sachs: General Diagnosis of Syphilis of the Brain and Spinal Cord. N.-Y. M. J., 27. Mai.
Saint-Hilaire: Fistules uréthropéniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis. Pariser These, Carré & Naud.

*Schlesinger: Erkrankung der Thymusdrüse bei der hereditären Syphilis. A. f. K., Bd. 26, H. 3 u. 4.
*— Die Erkrank. d. Pancreas b. heredit. Lues. Virch.'s A. 98, Bd. 154, H. 3.
Schmolck: Fall von Syph. insontium D. m. W., 46.
*Schuster: Modifications du traitement par les frictions mercurielles dans notre siècle. J. de méd. de Paris. Deutsch: K.-th. W. 98, 48.
*Seleneff: Syphilis in d. Aetiologie d. Hautkrankheiten. Wratsch, 28.
Shaw-Mackenzie: Syphilitic Factor in Diseases of Women. B. M. J., 14. October.
*Smirnow: Schwefelbäder bei Syphilisbehandl. M. O. (russ.), Febr.
*Solari: Behandlung der syphilitischen Cephalalgien mit Jodkaliumklysmen. L'Indépend. med., Juni.
Sonnenburg: Bremer Controlstraße. Casernir. d. Prostit. Pick's A., 38, 1.
*Spencer: Gumma of Liver. B. M. J., 3. 12. 98.
*Speranski: Fall von Reinfectio syphilitica. Wratsch 98, 43.
v. Speyr: Paralyse und Syphilis. Correspbl. f. Schw. Ae., 5.
*Spiegler: Einreibungskur bei Syphilis. W. m. Bl., 23.
*Sprecher: Esperimenti di medicazione all' itrol in affezioni veneree. Gazz. med. di Tor. 98, 18.
Sprengeler: Progressive Paralyse der Irren mit bes. Berücksicht. der Syphilis. Laehr's Z., Bd. 56, H. 5.
*Stern: Welander'sche Methode der Anwendung von Unguent. hydrarg. cin. bei Syphilis. M. m. W., 6.
*Stiassny: Rectale Application des Quecksilb. b. Lues. P. m.-ch. Pr., 29.
*Szalardy: Ernährung von mit Lues hereditaria behafteten Säuglingen. P. m.-ch. Pr., 39.
Tait: Treatment of Syphilis by Intravenous Injections of Mercury. J. of A. M. A., 24.
*Tarnowski: Heilbarkeit der Syphilis. Wratsch, 22.
Tatouchesco: Syphilis du pancréas. P. méd., 89.
*Taylor: Treatment of secondary Syphilis. N.-Y. M. J., 8. April.
*Thomas: 3 Cases of tattoo Syphilis. Brit. Journ. of Derm. 98, XI.
Thorel: Viscerale Syphilis. Virchow's A. 158, H. 2.
*Thurnwald: Heilwirkung d. Xeroforms. W. m. W. 98, 44.
Tommasoli: Der Syphilismus. Unna's M.-H., 2.
*v. Török: Dauererfolge n. Nephropexia. W. k. W., 22.
Touche: Syphil. et tabes. P. méd., 21.
Toupet et Guéniot: Cancer de l'orifice uretéral du bassinet et de l'uretère. Vermorel-Griffon's B., Nov. 98.
*Truffi: Intorno al rapporto dell' ulcera e dell' adenite venerea colle stagioni; considerazioni statistico-cliniche. Boll. della Poliambulanza di Milano 98.
*Tschekan: 5 Fälle von Gehirnsyphilis. Wratsch, 27.
*Tulinow: Harter Schanker auf den Geschlechtsteilen eines 9jährigen Mädchens. Wratsch, 21.
*Varga: Graue Salbe in Pillen gegen Syphilis. P. m.-ch. Pr., 35.
Vignes: Chancre mou de la conjunctive bulbaire. P. méd., 57.
Vouzelle: Ramollissement de la troisième circonvolution frontale gauche par artérite syphilitique oblitérante. Vermorel-Griffon's B., Febr.
*Weidenfeld: Ausgedehnter Gesichts-Defect in Folge von Lues. W. m. Bl. 98, 48.
Weisz: Purpura auf syphilitischer Grundlage. Orvosi hetilap, 13 u. 14.
*Welander: Beh. mit Quicksilbersäckchen. Pick's A., Bd. 49, 1.
Welsh: A Degenerative Form of Syph. Insanity. A. J. of M. Sc., Apr.
— Prevention of Syphilis. L., 12. Aug.
*Werther: Hydrarg. colloid. als Antisyphilit. Unna's M.-H. 98, Bd. 27, 12.
Whitfield: Disease of Jonits in Later Stages of Syphilis. P., Juni.
Williamson: Pathological Changes in a Case of Chronic Syphilitic Spinal Paralysis. B. M. J., 31. 12. 98.
*Winogradow: Veränderungen der Herzganglien bei Syphilis d. Säuglinge. M. O. (russ.), Sept.
*Wjewjorowski: Behandlung der Syphilis mit Serum von Syphilitikern. Podwyssotski's A., Jan.
*Wullenweber: Verbreit d. vener. Erkrank. in Kiel. B. k. W. 98, 49.

V. Penis und Präputium.

*Alexander: A Case of Epispadias. J. of Cut. and G.-Ur. D. 98, 12.
*Atkinson: Congenital Absence of Glans Penis. N.-Y. M. J., 5 11. 98.
*Battle: Case of Sarcoma of Corpora Cavernosa; Removal. L., 25. Febr.
Beck: Zur Operation d. Hypospadie. Cbl. f. Ch., 1.
*Bilhaut: Eigentümlicher Fall von Fremdkörpern in den Wandungen des Penis. R. méd., 28. 12. 98.
*Brown: Smegma Bacillus. J. of Cut. and G.-Ur. D., Oct. 98.
*Cochrane: Chronic Inflammatory Induration of Corpora Cavernosa. N.-Y. M. J., 29. April.
Donnart: Opération du phimosis. A. de méd. nav., 9.
*Echtermayer: Indurationen im Corpus cavernosum penis. D. Z., 1.
*Ehrmann: Fälle von tuberculösen Geschwüren an der Glans penis. W. m. Bl., 16.
*Friedländer: Fremdkörper der Harnröhre. D. Z., Bd. 6, H. 3.
*Gertler: Beitr. z. Krankh. d. Nabels (u. Penis) d. Neugeb. K.-th. W. 98, 35.
*Götz: Erection u. Ejaculution bei Erhängten. Berliner Dissertat. 98.
*Grünfeld: Ueber chronische Cavernitis. W. m. Bl., 20.
*Guitéras: Grooved Perineal cannula to be used as a guide in performing Perineal Sections in cases of Urethral Obstruction. M. R., 1. 7.
Howitz: Two Cases of Hypertrophy of the Penis. A. of S., Februar.
*Hutchinson: Epithelioma of Penis and its Treatment. L., 22. April.
*Jacobi: Fall v. Hypospadie. N.-Y. m. M., 2.
*Kmita: Fall von totaler Abreißung des Penis. Wratsch 98, 48.
*Lang: Foudroyante Gangrän der Penis-u. Scrotalhaut. W. m. Bl. 98, 47.
*Loumeau: De la circoncision par le procédé de Rebreyend. Pr. méd., 8.
Malherbe et Monnier: Penitis gangreneuse à paracolibacille chez un vieillard. Comptes rendus, 9.
*Neugebauer: In der Casuistik des Pseudohermaphroditism. einzig dastehender Fall: „Aut penis rudimentarii aut clitoridis hypertrophicae implantatio perinaealis infra vulvam.“ Cbl. f. G., 5.
Nicoli: Sterilisation of Catheters and Bougies. Bacteria in the Urethra. A. of S., Juni.
Pasini: Calcolo dell'uretra guarito mediante l'uretrotomia esterna. G. M. L., 20.
*Poppe: Forensischer Fall v. Cornua cutanea penis. B. k. W., 26.
*Posner: Fall von „Plaque indurée“ am Penis. B. k. W., 24.
*Reale: Sulla sclerosi del prepuzio per atrofia idiopatica di esso, con fimosi ed ulcerazioni consecutive. Giorn. it. d. mal. ven. e della pelle 98, 257.
Rodman: Epithelioma of the Penis. M. N., 5.
*Schilling: Methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben. M. m. W., 11.
Sieur et Sacquépée: Cyste dermoïde du prepuce. Vermorel-Griffon's B., März
*Sorgo: Spontane acute Gangrän der Haut des Penis und des Scrotums und über plastischen Ersatz der ganzen Penishaut. W. k. W. 98, 49.
*Stein: Fall schweren complicirten Erysipels nach ritueller Circumcision. W. k. R., 25.
Suarez de Mendoza: Un nouveau procédé de circoncision. Guyon's A. 98, 12.
*Tuffier: Traitement de l'hypospadias. Guyon's A., 4.
Valentine: Improved Urethroscope. M. N., 19.
*Waitz: Geheilter Fall von Hypospadia perinealis. D. m. W., 19.
Wasiliew: Traumen der männlichen Harnröhre. A. Hirschwald, Berlin.
*Watten: Operat. Behandlung der Eichelhypospadie. Cbl. f. Ch., 38.

VI. Nichtinfectiöse Krankheiten der Urethra.

*Alexander: Ruptura of Urethra. B. M. J., 26. 11. 98.

Anzilotti: L'uretrocele vaginale. C. m., 8.

*Beljaminow: Fall von Urethrotomie. Wratsch, 4.

Delore: Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement avec fistules incurables de l'urèthre. G. hebd., 36.

Deutsch: Harnröhrenstrict. überhaupt und solche seltener Form. Casper-Lohnstein'sche M.-B., Bd. 4, H. 5.

*Dobrovits: Ulcera tuberculosa penis nach Circumcisio ritualis. Gyogyászat, 20.

*Escat: Une variété de rupture traumatique de l'urètre spongieuse. Pr. med. 98, 44.

Glück: Fall von Favus am Penis. Pick's A., Bd. 47, H. 3.

Hayden: External Urethrotomy. A. J. of M. Sc., Febr.

Ingelvans et Bronguiart: Manifestations uréthrales de l'hystérie mâle. E. méd., 12. Febr.

*Inguianni: Die Wiedererzeugung der Harnröhre bei dem männlichen Tiere und die Bildung einer künstlichen Harnröhre. XIII. Congreß der italienischen Gesellschaft für Chirurgie, Turin 98.

Israel: Bericht über die auf der chir. Abteilung des städtischen Krankenhauses Moabit in den letzten acht Jahren ausgeführt. Urethrotomien. D. Z. f. Ch., Bd. 51, H. 3 u. 4.

*Kolischer: Erkrankung der weibl. Harnröhre u. Blase. Endoskopie u. Cystoskopie. Deuticke, Leipzig 98.

*Kollmann: Intraurethrotomie bei weiten Stricturen. Cbl. f. Ch., 27.

*Küttner: Verbreitung u. Prognose des Peniscarcinoms. Langenbeck's A., Bd. 59, H. 1.

*Lavaux: Uréthrite tuberculeuse suivie de généralisation de la tuberculose après une intervention chirurgicale. Pr. méd. 98, 49.

Lydston: A Resume of My Experience in Internal Anterior Urethrotomy. M. N., 9.

Miller: Ritual Practice of Circumcision. M. R., 26. Aug.

*Newmann: Behandlung der Harnröhrenstricturen mittelst Electrolyse. Annales d'électrobiologie, 1.

*Noguès: Résultats éloignés d'une résection de l'urèthre. Guyon's A., 2.

Norfleet: Hemorrhage as a Symptom of Urethral Stricture. M. R., 7.

Payr: Melanom des Penis. D. Z. f. Ch., Bd 53, 3 u. 4.

Peltre: Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence. Paris. These, Vigot Frères.

*Posner: Fall von „Plaque indurée" am Penis. B. k. W., 24.

*Reboul: Calcul de l'urètre chez un enfant de 6 ans. Pr. méd. 98, 44.

Rochet: Nouveau procédé pour refaire le canal pénien dans l'hypospadias. G. hebd., 57.

*Romm: Neubildungen einer zerstörten weibl. Harnröhre unter Anwendung d. Gersuny'schen Methode d. Sphincterenbildung. Cbl. f. G., 8.

*Schenk u. Austerlitz: Bacteriengehalt der normalen weibl. Urethra. Pr. m. W., 14.

*Stern: Complete Laceration of Urethra. N.-Y. M. J., 13. Mai.

Thouvenin: Rétrécissements infranchissables de l'urèthre; leur traitement par l'uréthrectomie. Pariser These, Jouve et Boyer.

*Thurnwald: Geheilte Urethralfistel. Militärarzt 98, 21 u. 22.

Troczewski: Harnröhrenruptur in Folge Verletzung. G. l. (polnisch), 2.

Waldeyer: Anatomie d. männlichen Harnröhre. Reimer in Comm.

Webber: Urethral Stricture in which Death Occured 15 Hours after Passing a Catheter. B. M. J., 4. März.

*Zimmermann: Urethrotomia externa wegen impermeabler Harnröhrenstrictur. Militärarzt 98, 21/22.

VII. Prostata und Samenblasen.

*Askenasi: Castration bei Prostatahypertrophie. W. S. (russ.), 5. Juni.

Aubry: Massage de la prostate. Pariser These. Ollier-Henry.

Batawia: Massage der Prostata Medycyna, 45.

de Béloséroff: Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité en cas de castration pour tuberculose primaire. R. méd., 3.

*Bereskin: Behandl. der Prostatahypertrophie mittelst part. Resection des V. deferens. W. S. (russ.), 5—6.

Bottini: L'iscuria prostatica. C. m.

Burjalow: 2 Fälle von Hämosperma. B. G. B. (russ.), 36.

Camus et Gley: Action coagulante du liquide de la prostate externe du hérisson eur le contenu des vésicules seminales. C. r., 19.

Christian: Chronic Catarrhal Prostatitis. J. of Cut. and G.-Ur., 1.

Cousins: Improved Prostatic Catheter. P., August.

*Crespi: Zur Behandl. der Ischurie in Folge Prostatahypertrophie. W. m. W., 6.

*Delore: Congenitale Vesico-Umbilical-Fisteln bei Prostatikern. Oberländer's Cbl., H. 7.

*Desnos: Resection de la prostate. P. méd., 73.

Edebohls: Galvanocaustic Treatm. of Hypertrophie of Prostate. M. N., 16.

Enrico: L'iscuria prostatica. C. m., 10.

Freudenberg: Modificirter „Cauterisator prostatae" zur Bottini'schen Operation. B. k. W., 23.

*Frisch: Bottini's galvanocaustische Incision der hypertrophirten Prostata. W. k. W. 98, 48.

Gayet: Sur l'anurie de sécrétion posttraumatique. G. hebd., 23.

*Goldberg: Prostata u. Gonorrhoe. Oberländer's Cbl., Bd. 10, H. 6.

Greene and Blanchard: Some Observations on the Prostate. J. of Cut. and Ur. D., 1.

*Grigoriew: Florence'sche Reactionen bei Untersuchung v. Samenflecken. Wratsch, 22.

*Grosglik: Prostata-Hypertrophie-Behandl. u. Bottini. Medycyna, 19.

Guépin: De la congestion prostatique. G. d. h., 9.

— Prostaties et hypertrophie sénile de la prostate. G. d. h., 116.

*Guitéras: Technique of Bottini Operation. N.-Y. M. J., 29. April.

— Twelve Cases of Prostatic Hypertrophy Benefited by Bottini Operation. M. R., 29. Juli.

*Harrison: Structural Varieties of Englarged Prostate Relative to its Treatment. L., 5. August.

*Henle: Fall von Blasenstein bei Prostatahypertrophie. Schl. Ges. f. v. C., M. S., 23 Juni.

*Héresco: Des calculs de la région prostatique. Guyon's A., 1.

— et Chastonet de Géry: Rétention complète aigue d'urine chez un prostatique. Guyon's A., 2.

— et Lacaille: Fistule hypogastrique consécutive à une cystotomie suspubienne chez un prostat. Guyon's Annalen, 3.

*Janet: Guérison d'accidents très graves chez deux prostatiques. Guyon's A., 2.

Kapsammer: Primäre Prostatatuberculose. W. k. W., 42.

*Karlowicz: Einfluß der Castration auf die Prostata. Experim. Untersuchung. Warschau 98.

Levy: Primärer Bindesubstanztumor der Prostata. Speyer & Kaerner, Freiburg i. B.

*Lisi: Ancora sulla reazione del Florence. Ufficiale Sanitario, 3.

*Meyer: Personal Experience with Bottini's Operation in the Radical Treatment of Hypertrophy of the Prostate. M. R., 2.

Newman: Bottini's Operation and other Treatment of the Enlarged Prostate. M. N., 33, 9.

*Nicolich: Suites éloignées de la vasectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Pr. méd., 8.

Noguès u. Wassermann: Infection der hinteren Harnröhre u. d. Prostata, hervorger. durch besond. Mikroorganismenform. Cbl. f. B., 11. Dec., Bd. 24.

*Oppenheimer: Innere Behandl. d. Prostatorrhoea ex Prostatitide chronica mit Prostatasubstanz. D. C., 4.

Pasteau: Etat du système lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate Pariser These. G. Steinheil.

Poncet et Delore: Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Guyon's A., 5.

*Popper: Therapie der Schlafpollutionen, Spermatorrhoe und einiger Prostataaffectionen mittelst Faradisirung der Prostata. D. m. W. 98, 44, und W. m. Bl., 1 u. ff.

*Pousson: Du dyspermatisme. Guyon's A., 4.

Prat-Dumas: Tuberculose des vésicules séminales, essai de traitement opératoir (spermatocystectomie). Pariser These, P. Delmar.

*Reynès: Traitement de l'hypertrophie prostatique par la résection bilatérale des canaux déférents. Résultat négatif. Pr. méd., 8.

*Róth: Bottini'sche Operation bei Prostatahypertrophie. Orvosi hetilap, 16 u. 17.

*Rousseau: Volumineux calcul de la prostate; extraction par la voie perinéale. R. d. ch., I.

*Rydygier: Gefahren der Bottinischen Operation. G. l. (poln.), 1.

Scharff: Beh. d. nichtchirurg. Entzündungs- u. Erschlaffungszustände der Prostata. Oberländer's Cbl., X.

Schalek: Primär. Sarcom d. Prostata b. ein. 3¼jähr. Knaben. Pr. m. W., 43.

Sonnenberg: Neue Vorrichtung zur Prostatamassage. Medycyna, 12.

Stahr: Verbindungen der Lymphgefäße der Prostata mit denen der Blase. A. A., Bd. 16, No. 1.

Stockmann: Bottini'sche Operation bei der Prostatahypertrophie-Behandlung. D. m. W., 22 u. ff.

Syms: Prostatectomy. A. of S., März.

Szumann: Beh. d. Harnbeschwerden in Folge von Prostatahypertrophie. Nowiny lekarski, Februar u. ff.

Trotin: De la ligature de l'hypogastrique comme méthode atrophiante. (Hypertrophie de la prostate. Cancer de l'utérus.) Pariser These, Jouve & Boyer.

*Viertel: Bottini'sche Operation. Schl. G. f. v. C., M. S., 10. März.

Walker: Lymphgefäße der Prostata beim Hunde. His' A, H. 1. u. 2.

— Anat u. Phys. d. Prostata Vorgang d Ejaculation. His' A., V. IV

Weber and Duffett: Unilateral Castration for Prostatic Enlargement in a Man Aged 87 Yeers; Atrophy of Prostata. L., 12/8.

Wolff: Bösartige Geschwülste der Prostata, insbes. üb. die Carcinome derselben. D. Z. f. Ch., Bd. 53, H. 1/2.

— Metastatische Erscheinungen der Prostatacarcinome. D. Z. f. Ch., Bd. 52, H. 3 4.

— Recidiv nach e. wegen Prostatahypertrophie vorgenommenen Castration. D. Z f. Ch., Bd. 52, H. 3 4.

Youmans: Seminal Vesiculitis and its Treatment L. M. J., 1.

VIII. Hoden und Nebenhoden.

Ausset et Derode: Hémorrhagies gastro-intestinal. et scrotales chez un nouveau-ne de un mois. É. méd., 39.

Bacaloglu: Cyste sous-épididymaire spermatique. Vermorel-Griffon's B., Febr.

— Tuberculose prostatique épididymaire et testiculaire. Vermorel-Griffon's B., Febr.

Battle: Irreducible Scrotal Hernia containing Appendix. L., 17. Juni.

*Bazy: Traitement de la tuberculose testiculaire. Pr. méd., 18.

Becker: Das Knochensystem eines Castraten. His' A., 92, H. 1 u. 2.

Beurnier: Castration pour testicule tuberculeux avec ablation d'une longueur considérable de la partie intra-abdominale du canal déférent. Reclus' Bulletins, 2. Jan.

*Borbély: Modific. Radicaloperation der Hydrocele. Gyogyaszat, 13 u. 14.

Broca: Traitement de l'ectopie testiculaire. G. hebd., 24 u. ff.

Caddy: Chondrocarcinoma of Testicle. A. of S., Aug.

*Carlier: Epididymite comme symptôme primordial de l'infection urineuse chez les rétrécis. Pr. méd. 98, 44.

Chavier: Cure radicale du varicocèle. G. d. h., 8. 12. 98.

Couteaud: Hernie congén. à double sac du coecum, étranglement cure radicale, spacèle du testicule. Guérison. Reclus' B., 11.

*Delore: Orchidotomie. Probe-Incision des Testikels mit partieller Abtrag. bei Tuberculose d. Hodens. Oberländer's Cbl., Bd. X, H. 1.

*Le Dentu: Observation d'hydrocèle loiteux, de lymphangiomes et d'adenolympholètes. R. de ch., I.

*Donath und Hültl: Neuralgia spermatica. Resection des N. lumboinguinalis und N. sperm. ext. W. k. W., 11.

Duplay: Tumeur maligne du testicule. Pr. med., 29.

Elliott: Elephantiasis Scroti Complicated by a Large Hernia; Operation. L., 23. Sept.

Estrabaut: Cancer du testicule avec généralisation péritonéale et hépatique. Vermorel-Griffon's B., April.

*Felizet: Tuberculose testiculaire chez les enfants. Pr. méd., 18.

Fisk: Sarcoma of the Testis. A. of S., April.

*Garbarini: I tumori teratoidi del testicolo. M., Part. I, 3.

Gauthier: Lymphadénome du testicule. Pariser These, Jouve & Boyer.

*Giordano: Sopra un caso di neoplasma del testicolo. Gazz. degli ospedali, 16.

Guépin: Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire. Fr. méd. 28.

Hill: Retention of the Testicles, with Report of Cases. M. N., 12. Aug.

*Juvara: Behandlung der Hydrocele durch Eversion der Tunica vaginalis. W. k. R., 4.

Kober: Sarcoma of the Testicle. A. J. of M. Sc., Mai.

*Kornfeld: Zurücktreten d. Hoden in die Bauchhöhle durch Verletzungen. Memorabilien, Bd. 17, H. 6.

*Krause: Hoden-Verschiebung in Folge von Trauma. Medycyna, 21.

Macartney: Hydrocele of the Sac of a Femoral Hernia. L., 9. Sept.

Marian: Prognostic de l'epididymite blennorhagique double, au point de vue de la fécondité. E. méd., 17.

Maximow: Histologische Vorgänge bei Heilung von Hodenverletzungen. Regenerationsfähigkeit des Hodengewebes. Ziegler's Beitr., Bd. 26, H. 2.

Milian: Histologie de lymphadénome du testicule. Vermorel-Griffon's B., April.

*Milton: Note on the Radical Cure of Hydrocele by Perineal Excision of the Greater Part of the Sac. L., 25, 2.

*Morel-Lavallée: Retour de la perméabilité des canaux déférents chez les sujets porteurs d'orchite double ancienne. A. de D. et de S., 1.

Morestin: Lymphadénome du testicule. Vermorel-Griffon's B., April.

Most: Lymphgefäße u. Lymphdrüsen d. Hodens. His' A, anat. Abt., No. 3 u 4.

Nicolas: Luxations traumatiques du testicule. Paris. These, Ollier-Henry.

*Ostermayer: Die Reposition en bloc bei Scrotalhernie. U. m. Pr., 2.

*Pascale: Chron. Entzündung der Scheidenhaut d. Hodens. 13. Congr. d. italien. Ges. f. Chir., Turin 98.

*Perry: The Efficacy of Guaiacol in Treatm. of Epididymitis. M. R., 7.

Pigot: Salicylate de soude dans les orchites blennorrhagiques. Pariser These. Jouve et Boyer.

Platon: L'Épididymo-funiculectomie dans la tuberculose testiculaire. P. méd., 71.

*Reynier: Traitement chir. de la tubercul. du testicule. Pr. méd., 2.

Ribbert: Transplantat. v. Omnium, Hoden u. Mamma. Roux' A. 98, Bd 7, H. 4.

Roche: De la Cystocele inguino-scrotale. Guyon's A., 1.

Rörig: Wirkung der Castration von Cervus (Cariacus) mexicanus auf d. Schädelbild. Roux' A., Bd. 8, H. 4.

*Rubinstein: Acute Elephantiasis scroti. B. k. W., 10.

*Sasse: Torsion des Samenstranges. Langenbeck's A., Bd. 59, H. 3.

Stecchi: Ectopia testicolare. Rivista veneta, 30. September.

Stein: Technik der vaginalen Uterusexstirpation m. Berücksichtigung d. Blasen- u. Harnleiterverletzungen. W. m. W., 30.

*Strohe: Ueber Hodenectopie Gust. Fock, Leipzig.
*Sturgis: Are Complete Castrates Capable of Procreation? M. N., 8. 10. 98.
*Tolski: Mikrochemische Untersuchung von Samenfäden. M. O. (russ.), Mai.
*Tomory: Case of „Apparent" Supernumerary Testicle. B. M. J., 15. October 98.
Vandenbossche: Hematocèle spontanée de la tunique vaginale. G. d. h., 115.
Vertun: Spermatocelen-Flüssigkeit. Cbl. f. d. m. W., 31.
*Weil: Fall von Ectopia perinealis testis. W. k. W., 34.
*Weinberger: Die perineale Hodenverlag. Oberländer's Cbl., Bd. X, 1 ff.
Winiwarter: Hydrocele bilocularis intraabdominalis. W. k. W., 46.

IX. Blase.

Aboulker: Des vessies à cellules volumineuses chez la femme. Paris. These, Jouve et Boyer.
*Alapy: Steinzertrümmerung bei e. 21 Mon. alt. Knaben. U. m. Pr. 98, 47.
*Assendelft: 630 Fälle von Steinkrankheit. Wratsch, 26.
Banzet: Lithotritie chez un vieillard de 82 ans. Guyon's A., Bd. 17, 8.
Barbarin et Devé: Malformations congénitales multiples; spina bifida lombo-sacré anterieur; extrophie de la vessie; hernie ombilicale. Vermorel-Griffon's B., März.
*Bataschow: Verletz. d. Harnblase bei Operationen. W. S. (russ.) 98, 13.
*Bazy: Traitement de la cystite tuberculeuse par l'huile de vaseline jodoformée. S. méd. 98, 60.
v. Bechterew: Unwillkürl. Harnabgang beim Lachen. N. C., 10.
Becker: Ueber inguinale Blasenbrüche. Bruns' Beiträge, Bd. 23, 1.
*Beljaminow: 3 Fälle von Steinoperation bei Knaben. Wratsch, 4.
*Bérard: Résection étendue de la vessie pour tumeur maligne du dôme vesical. R. d. ch., III, 572.
Berndt: Harnblasenruptur. Langenbeck's A., Bd. 58, H. 4.
Blank: Seltener Fall von Tuberculose der Harnblase. Casper-Lohnstein'sche M.-B., Bd. 4, H. 4.
Bonnard: Taille hypogastrique chez les enfants (suture immédiate de la vessie). Lyoner These 98.
*Bornhaupt: Blasenhernien. Protocolle des 10. Aerztetages d. Ges. livländischer Aerzte in Wilmar. Petersburg.
Branth: 2 Cases of Exstrophy of Bladder with Suggestion for a New Operat. M. R., 16. Sept.
Brissaud et Lereboullet: L'incontinence d'urine chez les hystériques. G. hebd., 35.
Brown: Operative Relief of Vesico-Rectal Fistula. A. of S., Juni.
— A Case of Vesical Papilloma Removed by Epicystotomy. J. of Cut. and G. U., 1.
Calderini: Transperitoneale Einpflanzung des Uterus in die Blase behufs Heilung der Ureter-Gebärmutter-Fistel. Cbl. f. G., 2.
Camerer: Fall von Blasenanomalie, verbund. m. Diab. Med. Correspbl., 5.
*Carr: Right Lateral Displacement of Bladder with Faecal Impaction. N.-Y. M. J., 3. Juni.
*Casper, L.: Handbuch der Cystoskopie. Leipzig 98, Thieme.
Castaigne: Ulcère simple de la vessie; hématuries très abondantes et perforation vésicale. Vermorel-Griffon's B., März.
Cavazza: La blessure de la vessie au cours de l'hystérectomie abdominale. Bordeauxer These.
*Chandeluse: Sur la continence du méat hypogastrique après l'épicystostomie. R. d. ch., III, 437.
Chavannaz: Anurie par cancer de l'utérus. Nephrostomie. A. de G., Juni.
*Clarke: On Encysted Vesical Calculi. B. M. J., 13. Mai.
*Le Clerc-Dandry: Curettement d. Harnblase. J. méd. de Bruxelles, 13. April.

Coaker: Sub-periton. Sacless Hernia containing the Bladder. L., 28. Oct.

*Coplin: Tuberculosis of the Bladder. Etiology and Pathology. J. of Cut. and G.-U. D. 98, 12.

Courties: Cystoscopie chez la femme. Pariser These, Jouve et Boyer.

Cramer: Blasenscheiden-Fisteln. Pietzcker, Tübingen.

*Crick: Oedematöses Fibrom der Blase. Oberländer's Cbl., 8.

Croizet: De la cystoscopie et des cystoscopes. Pariser These, Jouve et Boyer.

Damien-Masson: Complications vésicales dans l'appendicite. Paris. These, Reims, Bugg et Gobert.

Delanglade: Calcul vésical chez l'enfant; des difficultés du diagnostic. G. hebd., 21.

Desfosses: Ponction de la vessie. P. méd., 47.

Dittrich: Zur Differentialdiagnose zwischen extra- und intraperitoneal gelegener Blasenruptur. D. Z. f. Ch. 98, Bd. 50, H. 1 u. 2.

Dixon: The Form of the Empty Bladder. A. A., Bd. 15, H. 21.

*Dzirne: Indicationen und Contraindicationen zur Anlegung einer primären Naht an der Harnblase und Sectio alta. Wratsch 98, 48.

Dubar et Potel: Hernie de la vessie rencontrée au cours d'une kélotomie, en même temps qu'un sac déshabité et une entero-épiplocèle. É. med., 4.

Duchastelet: Du Cathétérisme „à la suite". Guyon's A., 7.

*Durand: Infiltration d'urine due à un calcul, chez un nourrisson de 15 mois. R de ch., III, 442.

*Eccles: A Case of Profuse Spontaneous Haemorrhage into the Urinary Bladder. B. M. J., 11. Febr.

Feleki: Interstitielle blenn. Entzünd. der Harnblase. P. med.-chir. Pr., 14.

Fléchet: Fistules vésico-ombilicales congénitales chez les prostatiques. Lyoner These, Rey.

Flouquet: Nouveau traitement chirurgical de l'incontinence essentielle d'urine chez la femme. Pariser These, Camille Robbe, Lille.

*Foges: Seltener Fall von Blasenectopie. W. k. W., 7.

*Foges: Blasenectopie und Spaltbecken. Z. f. H., Bd. 20, H. 4.

*Frank: Anastomosis of Bladder to Rectum. J. of A. M. A., 15. Juli.

*Freyberg: Incontinenza urinaria ed ipertrofia delle tonsille. Gazzetta degli osp., 45.

Fürst: Un cas de fistule vésico-vaginale très étendue guérie par la colpocleisis. Pariser These, Jouve et Boyer.

*Fuller: Recovery with Restauration of Vesical Function Following total Extirpation of Prostate and Resection of Bladder for Malignant Disease. J. of Cut. and G.-Ur. D. 98, 12.

*Gangolphe: Cystotomie pour cystite tuberculeuse. R. de ch., III, 442.

Genouville: Des cystites douloureuses. Guyon's A., 2.

Getten: Contribution à l'étude des cystes hydatiques rétrovésicaux. Pariser These, Jouve & Boyer.

*Goldberg: Anweisung für Kranke, die sich selbst katheterisiren müssen. Neubner, Köln.

*— Tumor vesicae urinariae et Strictura callosa congenita (?) praeputiobalanourethralis. M. m. W., 31.

*— Bougie filiforme conductrice in der Harnblase eines Stricturirten. Oberländer's Cbl., Bd. X, H. 4.

*Golyschewski: Beitr. zur Frage v. d Harnblasennaht. Wratsch, 26.

Gordon: Tuberculosis of Bladder. Du. J. of M. Sc., Mai.

*Mc Grath: Case of Tuberculosis of Bladder. N.-Y. M. J., 21. Jan.

Grünstein: Z. Innervation d. Harnblase. A. f. m. A. u. E., Bd. 55, H. 1.

*Guyon: Contre la douleur de la cystite. Pr. méd., 2.

Haeffner: Ueber Blasentuberculose. Speyer & Kaerner, Freiburg

*Hahn: Fall von Blasenstein. Schl. Ges. f. v. C., M. S., 30 Juni.

Hanc: Reflexmechanismus d. Harnblase. W. k. R., 43.

*Harris: Suture Retained in the Bladder. M. R., 14. Januar.

*Harrison: A Further Contribution to the Surgery of Stone in the Bladder, based on a Recent Series of Cases in Hospital and Private Practice. L., 19. 11. 98.

*Harrison: Cases of Haemorrhage causing Grat Distension of the Male Urinary Bladder. L., 25. Februar.
— Two Cases in which Multiple Calculi were removed from Large Narrow-necked Sacculi connected with the Male Urinary Bladder. Proceeding, 28. März.
Herczel: Radicaloperation d. Blasenspalte durch Implantation d. Harnleiter in den Dickdarm. Oberländer's Cbl., X, H 11.
Hobeika: Hématuries par varices de la vessie. Lyoner These 98.
*Horwitz: Symptoms and Treatment of Tuberculosis of Bladder. J. of Cut. and G.-Ur. D. 98, 12.
*Houston: On a Case of Cystitis of Three Years' Duration due to the Typhoid Bacillus. B. M. J., 14. Jan.
Howland: Cystitis. M. N., 15. Juli.
Hügel: Formation d'une hernie vésicale après une kélotomie. G. méd. de S. 98, No. 11.
*Huldschiner: Reizbare Blase und Blasendivertikel. Oberländer's Cbl., Bd. X, H. 4.
Hültl u. Borbely: Discussion über die Frage des hohen Steinschnitts. Orvosi hetilap, 1 u. ff.
*Imbert: Calcul vésical chez l'enfant. Pr. méd., 9.
*Iwanoff: Verteidigung d. primären Harnblasennaht bei Sectio alta. Wratsch, 29.
*Jonnesco: Cystorraphie primitive. Nouveau procédé operative. G.d.h ,2.
Joynt and Green: Perforation of Bladder. Peritonitis. Death. L., 17.6.
*Kaczkowski: Neue Methode der Harnblasendrainage nach hohem Blasenschnitt z. Verhüt. der Harninfiltration. Cbl. f. Ch., 11 u 21.
*Kahn: 2 Fälle v. Ves.-Vaginalfisteln operirt nach Freund. Cbl. f Gyn., 7.
*Kapsammer: Ausdrückbare Blase. W. k. W., 21.
*Kauffmann: Haarnadel, entfernt aus der Blase einer 21jährigen Nullipara. Cbl. f. Gyn., 19.
*Kelly: Beh. der Cystitis mittelst Urotropin. Therapist, 15. 10. 98.
*Krebs: Z. Casuist. d. vesico-prostatourethralen Steine. Wratsch, 24.
*Lamard: De l'aspiration des corps mous dans la vessie. Pr. méd., 21.
Lanfranchi: Les hématuries atypiques et la cystoscopie. Pariser These. Faculté de médecine.
*Lang: Ueber endovesicale Photogramme. W. k. R., 21.
Langer: Divertikelbildung m. Hypertrophie der Harnblasenmusculatur. Z. f. H., Bd. 20, H. 2/3.
Leonhard: Nichtoperat. Behandlung einer suprapubischen Blasenfistel. erläutert an einem durch einen communicirenden Beckenabsceß complicirten Fall. F., 9.
*Lépine: Guérison spontanée d'une rétention d'urine chez un homme de 73 ans. Lyon médical 98, 48.
*Lewis: Question of Inflating the Bladder with Air Preliminary to Bottini Operation. M. R., 12.
*Loewenhardt: Einige Hilfsmittel bei der Litholapaxie und die Cystoscopia (resp. Lithotripsia) suprapubica. Cbl. f Ch., 27.
Lohnstein, H.: Uebersicht über die neuesten Arbeiten der Pathologie und Therapie der Blasenaffectionen. A. M. C.-Z. 98, 33 u. ff.
— Fortschritte d Harnblasenchirurgie. A. M. C.-Z., 87 u. ff.
Liell: Cystoscopy and Ureteral Catheterization in Women. M. R., 1./7.
Marey: Fistulous Opening between the Ileum and the Bladder. A. of S., Januar 99.
Marie: Greffe de peau sur la muqueuse vésicale. Vermorel-Griffon's Bulletins, November 98.
Martin: Calcul de cystine dans la vessie chez un enfant; examen radiographique, taille sus-pubienne. R. m. de la S. R., 5.
Matas: Exstrophy of the Bladder. J. of A. M. A., 29. Juli.
Mazel: Blasenectopie und deren operative Beh. Bruns' Beitr., Bd. 23, 2.
de Mendoza: Ein leichtes und einfaches Verfahren bei der Ausführung der Sectio alta. Casper-Lohnstein'sche M.-B., Bd. 4, H. 3.
Métayer: Les calculs vésicaux chez la petite fille. Bordeauxer These 98.
v. Meyer: Fall v. Blasennabelfistel. D. Z. f. Ch, Bd. 50, H. 5—6.
*Miculicz: Ectopia vesicae congenita. Schl. Ges. f. v. C., M. S., 2. 12. 98.

*Mirabeau: Trophische Blasenstörungen nach gynäkologischen Operationen. Cbl. f. Gyn., 11.

Morestin: Laminaire engagée dans l'urèthre et la vessie d'une jeune femme et retirée par la taille uréthrale. Vermorel-Griffon's B., Febr.

— Calcul vesical formé autour d'un fragment de sonde de Nélaton. Vermorel-Griffon's B., Febr.

Mouille: Des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme. Paris. These. Jouve et Boyer.

Mundé: A Complicated Case of Vesico-Utero-Vaginal Fistula; Accidental Vesico-Peritoneal Fissure; Coeliotomy, Vesico-Uterine Suture; Cure. M. R., 3.

*Phocas: Nouveau procédé opératoire pour exstrophie de la vessie. Pr. méd. 98, 49.

Piot: De la taille sus-pubienne appliquée au traitement des calculs vésicaux chez l'enfant. Lyoner These 98.

Pjollet: Cystostomie sus-pubienne datant de sept ans, chez un vieux prostatique. G. d. h., 55.

*Posner: Cystitis u. Pyelitis nach schwerem Unfall. Schmidtmann-Strassmann'sche V.-J., 3. Folge, 16, 1.

Potherat: Traitement de tuberculose du testicule. Reclus' B., 19.

Poulain: Paralysie vésicale avec hydronéphrose double et totale chez un paraplégique. Vermorel-Griffon's B. 98, 20.

*Pousson: Traitement de la cystite. Pr. méd. 98, 51.

— Note sur les pansements permanents de la vessie. Vermorel-Griffon's B. 98, 36.

Proust et Héresco: Technique de la lithotritie. Guyon's A., 3.

Revault: Traitement chirurgical de l'exstrophie complète de la vessie. Bordeauxer These, 23.

Ripperger: Ausdrücken der Harnblase. N.-Y. m. M., 1.

*Romm: 4 Blasenscheidenfisteln operirt nach Freund. Cbl. f. Gyn., 7.

*Rovsing: 11 ohne Narcose ausgeführte Sectiones altae. Hospitals Tidende 98, 45—46.

*Sauligoux: Calcul vésico-prostatique. R. de ch., I.

*Schauta: Symphysenspalt ohne Ectopia vesicae. A. W. M. Z., 14.

Schmitt: Durch perforir. Verletzung durchtrennte Niere. M. f. U., 10.

*Schröder: Behandl. d. Blasentuberculose. Z. f. G. u. G. 98, Bd. XL, 1.

*Seelig: Die Resorptionsfähigkeit d. gesunden Harnblase. Oberländer's Cbl, 2.

*Sonnenburg: Endresultate operativer Verfahren bei Ectopia vesicae. B. k. W., 6.

Souligoux: Calcul vésico-prostatique. Reclus' Bulletins 98, 36.

Spitzer: Harnröhren- und Blasenirrigation nach Janet. D. C., 10.

Steindler: Therapie der Blasentuberculose. W. m. Bl., 9.

Stockmann: Operativ geheilter Fall von operativer Harnincontinenz. Casper-Lohnstein'sche M.-B., 2.

*Strauss: Tuberculöses Geschwür der Blase. W. m. W. 98, 51.

Supinski: Blasenblutung geheilt auf operativem Wege. Medycyna, 35.

Thévenot: Cystostomie suspubienne pour accidents d'origine prostatique. G. hebd., 91.

Thomas: Cystoscope in Surgery. B. M. J., 3. Juni.

Thorndicke: Rupture of the Bladder. J. of Cut. and G.-Ur. D., 5.

*Turetta: Exstirpation der Blase. XIII. Congr. d. ital. Ges. f. Chir., Turin 98

*Viertel: Fremdkörper der Blase. Schl. G. f. v. C., M. S., 10. März.

*Vineberg: Diagnosis and Treatment of the More Common Bladder Affections in Women by Means of Kelly's Method. M. R., 12. 11. 98.

Walsham: On Extroversion of the Bladder. P., Febr.

Warden: Partial Retention of Urine. Ed. M. J., Juli.

— Instillations and their Value in the Treatment of Cystitis. Ed. M. J, Jan.

*Weber: Diagnose u. Ther. d. vesico-cervicalen Harnfisteln. Wratsch, 14.

*Weliaminow: Operative Behandl. der Harnblasengeschwülste. Vollständige Exstirpation der Harnblase. B. G. B. (russ.), 13.

*Wendel: Zur Casuistik der Haarnadeln in der weiblichen Harnblase. Brun's Beiträge, Bd. 23, H. 2.

Wheaton: Exstrophy of the Bladder. J. of A. M. A., 29. Juli.
*Wigilew: Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in d. Harnblase. W. S. (russ.) 98, 18.
Willard: Exstrophy of the Bladder, Pubic Bones Absent. A. of S., April.
Wilson: Vesico-vaginal Septum Torn during Labour; Sloughing Vaginitis; Subsequend Closure of the Vulva. L., 26. 11. 98.
*Wright: Case of Diverticulum of the Bladder. L., 18. März.
Zondek: Blasenhernien. D. Z. f. Ch., Bd. 52, H. 5 u. 6.

X. Ureter und Nierenbecken.

Amann: Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Ureter-cervicalfisteln. M. m. W., 34.
*Baldwin: Vesical Implantation of Ureter. L. M. J., März.
Bishop: 3 Cases of Ureteral Calculi impacted in Lower End of Ureter and removed by Suprapubic Cystotomy. Ed. M. J., Juli.
*Blumenau: Urotropin bei Pyelitis. B. G. B. (russ.), 33.
*Blumenfeld: Ureterenverletzungen bei Laparotomie. M. m. W. 98, 31/32.
Boeckel: Rupture traumatique de l'urètre pelvien. G. m. de St., 1.
*Cathelin: Uretère double. P. méd. 98, 87.
*Delbet: Uretero-Pyelostomie bei Hydronephrose G. hebd., 2.
*Le Dentu et Albarran: Exstirpation totale de l'uretère pour papillome. Pr. méd., 9.
*Doebbelin: 8tägige Anurie durch Ureterstein. D. Z. f. Ch., Bd. 52, H. 3 u. 4.
Garrel: Cystostomie sus-pubienne pour septicémie urinaire des plus graves, d'origine prostatique; guérison. G. d. h., 95.
*Goldmann: Ueber Katheterisation der Ureteren. M. m. W., 11.
Guépin: Dilatation anale dans les affections douloureuses de l'urètre et de la vessie. Fr. méd., 16.
Hartmann: Corps étrang. de l'urètre. Reclus' Bulletins, 7.
*Israel: Extraperitoneale Ureterocysto-neostomie nebst anderen Beiträgen z. Ureterchirurgie. Th. d. G., 7.
*— u. Koerte: Beiträge z. Ureterenchirurgie. B. k. W., 9.
*—, Krueger u. Rinne: Ureterverletzungen. B. k. W., 8.
*Kelly: Anastomose des Ureters Cbl. f. Gyn., 3.
*Kretz: Bacteriologie der Pyelitis. W. k. W., 98, 41.
Laboisne: Des lésions urétéro-rénales au cours du cancer utérin. Bordeauxer These, 96.
*Landau: Ureteral Catheterization in Gynaecology. M R., 8. April. Deutsch: B. k. W., 2.
Landstein: Pyelitis infectiosa durch Friedländer'schen Bacillus. G. l. (poln.), 40.
Lauenstein: Operative Entfernung eines durch Röntgenstrahlen nachgewiesenen Concrements v. kohlensaurem Kalk aus dem Nierenbecken. Z. f. Ch. 98, Bd. 50, H. 1 u. 2.
*Mackenrodt: Operation d. Ureter-Fisteln und -Verletzungen. Cbl. f. Gyn., 12.
Markoe and Wood: Uretero-Ureteral Anastomosis for Traumatism. A. of S., Juni.
Martin: Implantation of Ureters in Rectum. J. of A. M. A., 4.
*Maydl: Weitere Erfahrungen über Implantation d. Ureteren in d. Flexur b. Ectopia vesicae. W. m. W., 6, 99 u. ff.
Mikulicz: Operation d. angeborenen Blasenspalte. Cbl. f. Ch., 22.
*Nicolich: Rupture de l'uretère par contus. d. l. région rénale. P. méd., 19.
Olshausen: Verirrungen der Ureteren. Z. f. G. u. G, Bd 41, H. 3.
Pitfield: Peculiar Agglutinative Action of Blood Sera upon Live Spermatozoa. L., 9. September.
*Poll: Multiple Zottengeschwulst im Ureter und Nierenbecken. Bruns' Beiträge, Bd. 23, H. 3.
*Reynès: Cathétérisme cystoscopique des uretères; applications diverses. Pr. méd., 19.

Riese: Pyelitis b. Appendicitis chron. Langenbeck's A., Bd. 60, H. 1.

Saenger: Abdominale Uretero-Cysto-Anastomosis bei Ureter-Genitalfisteln. M. f. G. u. G., 2.

*Saxtorph: Ureter-Katheterismus. Neues Cystoskop. Verhandlungen d. Kopenhagener med. Gesellschaft vom 1. 3. 98.

*Sigurtà: La cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri alla stato attuale. Gazz. degli osp., 22.

*Sokolow: Operative Anastomose zwischen Ureter und Harnblase. M. O. (russ.), März. Deutsch: D. Z. f. Ch., Bd. 52, H. 1/2.

*Suarez: Einige Bemerkungen über den Ureterkatheterismus. Anales del Circulo Médico Argentino, 2.

Tuffier: Calcul de l'uretère ou de l'appendice. S. méd., 34.

*Weiss: Pyelitis bei Schwangeren und ihre Behandlung durch künstliche Frühgeburt. Diss., Kiel 98.

XI. Niere.

Abbe: Perforating Wound of Liver, Kidney, Pleura and Diaphragm; Recovery. A. of S., April.

*— Detection of Small Renal Calculi by Röntgen Rays. A. of S., Aug.

— Sarcoma of Kidney in an Infant. A. of S., Sept.

*Achard: La glycosurie phloridzique et l'exploration des fonctions rénales. Comptes rendus, 3.

— et Morfant: L'urobilinurie et la permeabilité rénale. C. r., 3.

*Albarran: Nouveaux procédés d'exploration du rein. Guyon's A., 7.

— et Bernard: La perméabilité rénale. Guyon's A., 4.

— et Cottet: Tuberculose descendante primitive du rein. Vermorel-Griffon'sche Bulletins, Jan.

*Alessandri: Wiederherstellung der Nierenfunction und die Möglichkeit d. compensator. Hypertrophie nach völliger Verlegung der Nierenvene. 13. Congr. d. ital. Ges. f. Ch., Turin 98.

*Alsberg: Mit Hilfe des Röntgenbildes diagnosticirter Fall v. Nierensteinen. M. m. W. 98, 51.

Althen: Blutgefäßendotheliom der Niere aus versprengt. Nebennierenkeim. Speyer & Karner, Freiburg.

*D'Antona: Nieren-Geschwülste. 13. Congr. d. ital. Ges. f. Ch., Turin 98.

*Balduzzi: Nefrotomia lombare per pielo-nefrite suppurata ed ascesso perinefritico, di natura piemica. Gazz. degli osp., 31.

Baldwin: New Method of Nephrorrhaphy. J. of A. M. A., 4.

*Bayer: Beiderseitiger angeborener Nierenmangel ohne sonstige bedeutende Mißbildung. W. k. W., 32.

*Bazy: Des formes graves du rein mobile de la cachexie néphroptosique et de son traitement par la nephropexie. R. de g., 2.

Berg: Pyelo-Nephritis and Ulcerative Endocarditis as a Complication of Gonorrhoea. M. R., 17.

Boivin: Des rétentions rénales dans les tumeurs vésicales. Pariser These, G. Steinheil.

*Borbély: Die Chir. d. Nephrectomie und der Harnwege. U. m. Pr., 4.

*Bosse: Subcutane Nierenruptur. Genesung. D. m. W., 23.

Buday: Cystenbildung in den suprarenalen Nierengeschwülsten. Ziegler's Beiträge 98, Bd. 24, H. 3.

Büdinger: Wanderniere. Miculicz-Naunyn'sche Mitt., Bd. 4, H. 3.

*Bulkley: Treatment of deficient Excretion from Kidney's not organically Diseased. N.-Y. M. J., 5. 11. 98.

Busse: Nieren-Geschwülste. Virchow's A., Bd. 157, H. 2.

Bradford: The Results Following Partial Nephrectomy and the Influence of the Kidney on Metabolism. J. of Ph., 6.

*Brindeau, Mazé et Bar: Dégénérescence cystique congénitale des reins. Pr. méd., 4.

*Broca: Néphrostomie pour anurie. Pr. méd., 19.

Brüchanow: Primäre Nebennierengeschwülste. Z. f. H., Bd. 20, 1.

Carlier: Intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. É. méd., 22.

*Chauffard: Sur un cas de granulie anormale des reins. S. méd. 98, 57.

*Cheyne: A Case of Haematuria from a Movable Kidney Cured by Nephrorrhaphy. Bu. M. J., 1.

Chiaruttini: Le anomalie di calibro dell' aorta in rapporto alle nefriti e all' ipertrofia cardiaca. C. m. J., 8.

Chipault: Ablation d'un sarcome infantile du rein. P. méd., 36.

de Combarel: Du poumon chez les brightiques. Paris. These 98, Jouve.

*Comby: Lithiase rénale chez les enfants. Pr. méd., 32.

*v. Czyhlarz u. Donath: Ausscheid. d. Methylenblau durch normale und pathologische Nieren. W. k. W., 24.

Deanesly: Remarks on Renal Surgery. L., 28. October.

Deaver: Movable Kidney. A. of S., Juni.

Delore et Carrel: Hydronéphrose congénitale double; malformations de l'orifice uretéro-vésical droit. G. hebd., 28. Deutsch: Oberländer's Cbl., Bd. 10, H. 3 u. ff.

*Demons: Hématuries rénales, dites essentielles, rebelles au traitement médicale. S. méd. 98, 53.

*Dentu et Albarran: Nephrectomie avec exstirpation totale de l'uretère droit pour hydronephrose et papillomes de l'uretère. R. de ch., IV, 577.

*Djatschenko: Wirkung d. Birkenknospen bei chronischen Nierenerkrankungen. M. O. (russ.), Aug.

Doumenjou: Le rein hépatique. Etude anatomo-pathologique, pathogénique et clinique. Lyon. These, 66.

Dreyfus: Perméabilité rénale. Lyoner These 98

Ebstein: Localisation und einige Besonderh. der Hautwassersucht im Falle von diffuser Nieren-Entzündung. Virch.'s A., Bd. V, H. 3.

Edes: What are the Symptoms of Nephritis? J. of A. M. A., 98, 19.

Edwards: Nefrite senza albuminuria. B. d. Cl., 6.

Eichhorst: Tötliche acute Nephritis in Folge Vergiftung mit Sauerampfer. D. m. W., 28.

Engelken: Metastasirende embryonale Drüsengeschwulst der Nierengegend im Kindesalter. Ziegler's Beiträge, Bd. 26, H. 2

*v. Engel: Nierenelemente bei schweren inneren Darmstenosen u. b. eitriger Peritonitis. Pr. m. W., 14.

Estrabaut: Pyonephrose droite et obstruction intestinale. Vermorel-Griffon's B., April.

*Fabricius: Zwei Präparate von Hydronephrose. W. k. W. 98, 49.

*Fedorow: Beitrag zur Frage der Nierentuberculose. Wratsch, 27.

*— Beitrag zur Casuistik der Nierensteine. Wratsch 98, 50.

Fenger: Eversion or Turning Inside out of Sac of Cystonephrosis as an Aid in Operating upon Renal End of Ureter and upon the Partition Walls between Dilated Calices. A. J. of M. Sc., Juli.

Freitag: Vorträge über die Nierenkrankheiten. Barth, Leipzig, 98.

Frenkel: Le funzioni renali. M., 33.

*Freudenstein: Veränderungen d. Nieren bei einfacher Darmobstruction. Wratsch, 25.

Freyer: Carcinome du rein à métastases ganglionnaires multiples. Correspbl. f. Schw. Ae., 19.

Frommer: Acute Nephritis im Verlauf acuter Krankh. P. m.-ch. Pr., 38.

Fütterer: Wie bald gelangen Bacterien, welche in die Portalvenen eingedrungen sind, in den großen Kreislauf und wann beginnt ihre Ausscheidung durch die Leber und die Nieren B. k. W., 3.

Gibert: Néphrite au cours de la maladie de Raynaud. Pariser These, G. Steinheil.

Glantenay: Pyélonéphrite calculeuse. Reclus' B., 11.

— et Neveu: Plaies du foie, de l'estomac et du rein par balle de revolver. Vermorel-Griffon's B., Jan.

*Guélon: Psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins. Pr. méd., 4.

*Hadra: Wanderniere und Appendicitis. Cbl. f. Gyn., 9.

Hamilton: Renal Calculus; Nephrolithotomy; Recovery. M. R., 31. 12. 98.

Hauser: Kystes du rein. Vermorel-Griffon's B., Januar.

*Harbitz: Hypernephromata. Norsk Mag. f. Laegevidensk. Mai.
Hartwig: Surgery of the Kidney. Bu. M. J., Januar.
Hemenway: Enormous Hypertrophy of Kidneys and Dilatation of Bladder and Ureters in a Child 15 Months of Age. M. N. 98, 5. Nov.
*Henoch: Zur Therapie der Wanderniere. Th. d. G., 6.
*Herczel: Nierenexstirpat. m. liegengelassen. Pincette. Orv. hetil., 16 u. 17.
Heresco: De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. Pariser These, Steinheil.
*Hermann: Glycerinbehandlung der Nephrolithiasis. Verhandlungen d. XVII. Congresses f. innere Medicin.
*Herman: Röntgenstrahlen bei Diagnostik der Nierensteine. B. k. W., 8.
Herter: Modern Views of Certain Symptoms and Causes of Renal Diseases. M. R. 98, 5. November.
Hofbauer: Fall von zweijähriger unilateraler Nierenblutung. Mikulicz-Naunyn'sche Mitt., Bd. 5, H. 3.
*Hohlbeck: Nierenverletzungen und ihre Behandlung. Protocolle des X. Aerztetages livländischer Aerzte in Wilmar. Petersburg.
*Huchard: Contre la nephrite. Pr. méd., 22.
*Israel: Einfluß der Nierenspaltung auf acute u. chron. Krankheits-Processe des Nierenparenchyms. Mikulicz-Naunyn'sche Mitt., Bd. 5, H 3.
— Was leistet d. Ureterkatheterismus der Nierenchirurgie? B k. W., 2.
Jacobson: Diagnosis and surgical Treatment of Renal Calculus. M. N., 4.
Johnson: Surgery of the Kidney. A. of S., Januar u. ff.
— Reconstruction of a Glomerulus of Human Kidney. A. A., Bd. 16, H. 10 u. 11.
Jones and Kelynack: Case of Renal Sarcoma. Ed. M. J., 6.
*Jordan: Entstehung perirenal. Eiterung aus pyämisch-metastatischen Nierenabscessen. Cbl. f. Ch., 27.
*Kirmisson: Sur un cas curieux d'hydronéphrose. Pr. méd., 19.
Kolisch: Im Ablauf acuter Nephritiden auftretende Albuminurie. Pr. m. W, 15 u. ff.
*Kondratowicz: Pyohydronephrose mit Harnausscheidung durch die Bronchen. M. O. (russ.), April.
*Koplik: Nephritis Complicating Acute or Sub-Acute Gastro-Enteritis of Infants and Children. Its Symptomatology, Prognosis and Treatment. M. R., 1. April.
v. Korányi: Beiträge zur Diagnostik d. chirurgischen Nierenkrankheiten. Casper-Lohnstein'sche M.-B, 1.
*— Bedeutung der Kost bei der Diagnose der Niereninsufficienz auf Grund der Gefrierpunkts-Erniedrigung des Blutes. B. k. W., 5.
Kosinski: Angeborene cystenartige Degeneration der Niere bei vollständigem Mangel der Nierengefäße. Exstirpation der Cyste bei einem 16 Mon. alten Kinde. Medycyna, 39.
*Kossowski: Ausscheid. von Mikroorganismen u. Fettemulsionen durch die Nieren. M. O. (russ.), Dec. 98.
*Kusnezow: Fall v. Nierenexstirpat. B. G. B. (russ.), 15—16. Wratsch, 44.
Lewandowsky: Innere Secretion der Nebenniere und Niere. Z. f. k. M., Bd. 11, H. 5 u. 6.
Lewisohn: Maligne Tumoren der Nieren und ihre operative Behandlung. Speyer & Kaerner, Freiburg.
Lindemann: Concentration d. Harns und Blutes bei Nierenkrankheiten. Ziemssen's A., Bd 65, H. 1 u. 2.
*Lipman-Wulf: Beobachtung bei einer vor 14 Jahr. Nephrectomirten. Oberländer's Cbl., Bd. X, H. 9.
*Loumeau: Suture immédiate du rein après néphrotomie pour anurie calculeuse. Pr. méd., 21.
*Lwow: Indicationen d. Schwangerschaftsunterbrechung bei Nierenkrankheiten. Wratsch, 24.
Malterre: Du manuel opératoire de la néphropexie. Description d'un nouveau procédé. Pariser These. Jouve et Boyer.
Marie: Adénomes rénaux expérimentaux aux dépens de portions rénales greffées. Vermorel-Griffon's B., Januar.
*Marocco: Illustrazione di un caso di pielo-nefrite bilaterale in una neonata settimestre affetta da molteplici anomalie di sviluppo. Durante's Festschrift, Volume I.

*Martin: Ausscheidungsverh. der Alloxurkörper bei Nephritis. Cbl. f. i. M., 24.

Merkel: Beitrag zur Kenntnis der sog. embryonal. Drüsengeschwülste der Niere. Ziegler's Beiträge 98. Bd. 24, H. 3.

*Monteverdi: Rene unico con duplicità limitata degli ureter. Gazz. degli osp., 43.

Moore: Unilateral Renal Aplasia: „Unsymmetrical Kidney". J. of A. and Ph., April.

*Morosow: Behandlung des Morbus Brightii mit Isländischem Moos. W. M. J. (russ.), September 98.

*Moutier: Electricität bei Chole- und Nephrolithiasis. A. d'électrobiologie, 1.

Müller: Ausscheidung des Methylenblaus durch die Nieren. Ziemssen's A., Bd. 63, H. 1 u. 2.

Muns: Embryonal. Mischgeschwülste der Niere. Virchow's A., Bd. 5, H. 3.

*Nélaton: Néphrotomie pour anurie. Pr. méd., 23.

Nicaise et Pascal: Phlegmon périnéphritique consécutif à une tuberculose rénale. Vermorel-Griffon's B., Februar.

*Noorden: Behandlung der chron. Nierenkrankheiten. Th. d. G., 6.

*Obolenski: Nierensubstanz bei Nephritis. Wratsch, 27.

*Opitz: Durchgängigkeit von Darm und Nieren für Bacterien. Koch-Flügge'sche Z. 98, Bd. 29, H. 3

*Oppenheimer: Eye Lesions in Some Diseases of the Kidney. M. R., 10. 12. 98.

Parker: Cystic Degeneration of Kidneys, with General Dermatitis Exfoliativa. A. J. of M. Sc., Sept.

*Pendl: Subcutane Nierenruptur. W. k. W., 21.

*Philips: Unique Specimen of Kidney Malformation. M. R., 12. 11. 98.

Pick: Ernährung und Eiweiß-Ausscheidung bei chronischer Nephritis. Pr. m. W., 14 u. ff.

Picqué: Néphrectomie secondaire. Reclus' B., 8.

Poljakoff: Nierenblutung angioneurotisch. Ursprungs. D. m. W., 44.

*Polk: Fall von Hydronephrosis. Cbl. f. Gyn., 13.

Posner u. Asch: Einfluß d. Rückenmarks-Durchschneidung auf die Niere. His' A., Supplement-Band. I. Hälfte

*Pousson: Néphrotomie au douzième jours d'une anurie calculeuse. Pr. méd., 21.

*Praxin: Exstirpation einer sarcomatösen degenerirten Niere bei einem 9½ Mon. alten Kinde. Wratsch, 27.

Prud'hommeaux: Élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'impermeabilité renale. Pariser These. Jouve et Boyer.

*Pyle: Interesting Case of Hydronephrosis. N.-Y. M. J., 4. Febr.

Reynier: Nephrectomie pour hématurie grave consécutive à une contusion rénale. Reclus' Bulletins, 2.

Reynaud et Olmer: Valeur du chromogène, diagnostic de la perméabilité rénale par l'épreuve du bleu de méthylène. C. r., 27. Oct.

*Reynolds: Diagnosis of Condition of Each Kidney by Inoculation of the Separated Sediments Into Guinea-Pigs in Suspected Renal Tuberculosis. B. of H. H. 98, 92.

— Tuberculosis of Kidney as an Indication for Nephrectomy. M. N., 12. August

Ribbert: Niereninfarcte. Virchow's A., Bd. 155, H. 2.

*Richter u. Roth: Experimentelle Beiträge zur Frage der Niereninsufficienz. B. k. W., 30.

*Ringel: Diagnose der Nephrolithiasis durch Röntgenbilder. Langenbeck's A., Bd. 59, H. 1.

*Roche: Du rein polycystique. Guyon's A. 98, 11.

*Rostoski: Zur Kenntnis d. Typhus „renalis". M. m. W., 7.

*Rothschild: Grenzen der cystoskopischen Diagnose renal. Pyurien u. Hämaturien. Oberländer's Cbl., 5.

*Routier: Calcul enchatonné. Guyon's A., 1.

Rovsing, Thorkild: On Obscure Haemorrhage from a Single Kidney and its Cure by Nephrotomy. B. M. J., 19. 11. 98.

Sands Mills: Bright's Disease of Nephritis. M. R, 26. August.

*Schnitzler: Nephrotomie wegen Nierensteinen. W. m. Bl. 98, 51.

Seitz: Rhachitis mit Knochenhautblutungen u. Nierenblutung. Correspondenz-Blatt f. Schw. Ae. 98, 22.
— Bronchitis-Nephritis. Correspbl. f. Schw. Ae. 98, 22.
Senator: Traitement hygiéno-diététique et climatique des maladies renales chroniques. Robin's B., 20.
Senn: Lumbar Nephropexy without Suturing. J of A. M. A., 13.
*Serapin: Echinococcus der Niere u. dessen chirurgische Behandlung. M. O. (russ.), Bd. 50, H 8
Sion: Distopie rénale gauche avec compression des veines iliaques correspondantes. Roumanie médicale, 2.
Starling: Glomeruli of the Kidney. J. of Ph, Bd. 14, H. 3/4.
*Steiner: Grosscystische Degeneration d Nieren u. d. Leber. D. m W., 41.
*Steinthal: Nieren-Carcinom. Deahna's Correspbl. 98, 39.
Stratz u. de Josselin de Jong: Nephrectomy wegen Nieren-Geschwulst. Mikulicz-Naunyn's Mitteilungen, Bd. 5, H. 2.
*Suarez: Sémiologie rénale. Guyon's Annalen, 9.
Summers: Nephro-Ureterectomy for Traumatic Haemato-Hydro-Nephro-Ureterosis M. R, 29. Juli.
Sydney: On Nephritis of Malarial Origin. A. J. of M. Sc, Dec. 98.
Sykow: Ueb. e. Fall v Struma aberrans renis. Langenb 's A., Bd. 58, H. 1.
Theilhaber: Fall von Cystenniere. M. f. G. u. G., 4.
Tirard: Treatment of Renal Dropsy. Ed. M. J., 6.
*Török: 2 Fälle von Nephropexie nach Hahn wegen Wanderniere. W. k. R., 7.
Trambusti: Mechanismus der Secretionen und Excretionen der Nierenzellen im normalen und patholog. Zustande. Ziegler's Cbl., Bd. X, 1.
*Trojanow: Weitere Mitteil. üb. ein. Fall von vor 7 Jahren ausgeführter Nephrectomie. B. G. B. (russ.), 33.
Tusini: Nefrectomia per emorragia gravissima tardiva da ferita di punta e taglio del rene destro, secondariamente infetta per uretrocistite blenorragica recente riacutizzata. Guarigione. C. m., 30.
*Vignard: Néphrotomie pour anurie calculeuse. Pr. méd., 21.
*Vinay: Pyelonephritis gravidarum. Obstétrique, 15. Mai.
Wagner: Die Diagraphie von Nierensteinen. Cbl. f. Ch., 8.
Walker: Climate and Renal Diseases. M. N., 16. Sept.
*Wanitschek: Nieren-Sarcom bei einem Kinde. Pr. m. W. 98, 52.
Wendel: Entwicklung d. Nierenchir. in d. letzten Jahren. Th. M.-H., Juni.
*Wertheim: Wichtigkeit der Cystoskopie für die Diagnose der Erkrankungen d. Niere. Cbl. f. Gyn. 98, 50.
West: On Some Clinical Aspects of Granular Kidney. B. M. J., 25. Febr. Deutsch: W. m. Bl., 8 u. ff.
*Wilms: Ursprung der Nierenmischgeschwülste. Cbl. f. Ch., 27.
— Die Mischgeschwülste. Heft 1: Die Mischgeschwülste der Niere. Arthur Georgi, Leipzig.
Wilson: The Renal Form of Enteric Fever. A. J. of M. Sc., Dec. 98.
*Winkelmann: Casuistik der operativ behandelten subphrenischen Abscesse. D. m. W., Jan.
Wolkow u. Delitzin: Die Wanderniere. A. Hirschfeld, Berlin.
*Zondeck: Arterielles Gefäßsystem der Niere und seine Bedeutung für die Pathologie und Chirurgie der Niere. Langenbeck's A., 59, H. 3.

XII. Nebenniere.

*Abel: Chemical Nature of Active Principle of Suprarenal Capsule. B. of H. H. 98, 90—91.
Apolant: Reizung der Nebennieren. Cbl. f. Phys., Bd. XII, No. 22.
Baucke: Beitr. z. Pathologie d. Nebenniere. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
Boinet: Fonctions des capsules surrénales. G. d. h., 81.

Christomanos: Zahl der roten Blutkörperchen in 2 Fällen von Nebennierenerkrankung. B. k. W., 42.

Czerny: Hydrocephalus und Hypoplasie der Nebennieren. Ziegler's Cbl., 7.

Enriquez et Lereboullet: Mélanodermie arsenicale généralisée simulant la mal. d'Addison. G. hebd., 54.

*Fenyvessy: Versuche mit Nebennierenextract. Orvosi hetilap, 3. u. 10. 12. 98.

Foster: Addison's Disease treated with Suprarenal Extr. L., 10. Juni.

Gabbi: Sulle cosidette forme frusteod incomplete del morbo di Addison. C. m. I., 8.

Golachowski: Wärmeumsatz und Gaswechsel bei Störung der Nebennierenfunction. Wratsch, 34.

Guinard et Martin: Action de l'extrait surrénal de l'homme sain sur le rhythme du coeur et sur la respiration. C. r., 4.

Hauser: Maladie d'Addison. Vermorel-Griffon's B., Januar.

Hutgren u. Andersson: Phys. u. Anat. d. Nebennieren. Veit & Co., Leipzig.

*Katagma: Addison'sche Krankheit in Japan. Tokio'er Univ.-Mitteil., Bd. III, H. 3.

Langlois et Rehns: Les capsules surrénales pendant la période foetale. C. r., 7.

Lermitte: Suprarenal Gland Extract as a Haemostatic B. M. J., 25. Februar.

Lockwood: Adrenal Structures in Inguinal Canal. J. of A. and Ph., October.

*Maurange: Injections opothérapiques surrénales dans la maladie d'Addison. Pr. méd., 16.

Morris: Primary Tumours of Suprarenal Glands. B. M. J., 18. Nov.

Nobl: Techn Beitr. z. Irrigationsbehandlung der Harnröhrenerkrankungen. W. m. W, 46

Petrow: Fall von Addison'scher Krankheit. B. G B. (russ.), 30.

Poll: Veränderungen der Nebenniere bei Transplantation. A. f. m. A. u E., Bd. 54, H. 4.

*Posselt: Beitrag zur Casuistik des Morbus Addisonii. W. k W., 21.

Ramsay: Cases of Primary Malignant Tumors of the Suprarenal Gland. B. of H H., Januar—März.

*Rona: Syphilit. u. tubercul. Degeneration d Nebenniere. U. m. Pr, 32 33.

*Scheibert: Zwei Fälle v Addisonscher Krankheit. N.-Y m. M, März.

Sergent u. Bernard: Note pour servir à l'étude de la pathologie des capsules surrénales. C. r. 98.

*Spitzer: Fall v. Morbus Addisonii. K.-th. W. 98.

*Thibierge: Maladie d'Addison chez un nègre. Pr. méd., 9.

*Velich: Compensatorische Hypertrophie der Nebenniere. Virchow's Archiv 98, Bd. 154, H. 3.

*Vollbracht: M. Addisonii nach Purpura haemorrhag. W. k. W., 28.

Wiesel: Accessorische Nebennieren und Nebenhoden beim Menschen. Gerol's Sohn, Wien.

Zaudy: Peritonitisartig. Symptomencomplex i. Endstadium d. Addisonschen Krankheit. Z. f. k. M., Bd. 38, Heft 4—6.

XIII. Technisches.

Beuttner: Nouveaux instruments dans le domaine de l'urologie. R. m. de la S. R., 8.

Ehrmann: Neue Katheterdampfbüchse. Casper-Lohnstein's M.-B., Bd. 4, H. 11.

Harris: Suggested Improvement in Kelly's Cystoscope. M. R., 12.11.98.

*Huldschiner: Zur Katheter-Desinfection. W. m. Bl., 8.

Kollmann: Urologische Apparate. Oberländer's Cbl., Bd. X, H. 1.

Schlagintweit: Gleitmittel zur Einführung urologischer Instrumente. Casper-Lohnstein'sche M.-B., Bd. 4, H. 9.

Verantwortlicher Redacteur: Privatdocent Dr. L. Casper in Berlin.
Druck von Carl Marschner Berlin SW., Ritterstrasse 41.

St.

49220